

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

Année 1955

862

T H E S E

pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

GAUDIN Marcel, Fernand,
Léon, Célestin,
né le 14 Avril 1923 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le :

T I T R E

TROUBLES NEURO-PSYCHIATRIQUES
SURVENUS AU COURS DE CURE PAR L'ANTABUS

Président de thèse :

Monsieur le Professeur : G. HEUYER

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

Nom du Candidat : GAUDIN

Prénoms : Marcel, Fernand, Léon, Célestin

Date de Soutenance :

N° d'ordre :

1.-

GAUDIN, Marcel, Fernand,
Léon, Célestin

Troubles neuro-psychia-
triques survenus au
cours de cure par anta-
bus

Nantes Dact. in 4°

Thèse Médecine Etat

Paris 1955

N°

2.-

GAUDIN, Marcel, Fernand,
Léon, Célestin

Troubles neuro-psychia-
triques survenus au
cours de cure par anta-
bus

Nantes Dact. in 4°

Thèse Médecine Etat

Paris 1955

N°

3.-

GAUDIN, Marcel, Fernand,
Léon, Célestin

Troubles neuro-psychia-
triques survenus au
cours de cure par anta-
bus

Nantes Dact. in 4°

Thèse Médecine Etat

Paris 1955

N°

4.-

GAUDIN, Marcel, Fernand,
Léon, Célestin

Troubles neuro-psychia-
triques survenus au
cours de cure par anta-
bus

Nantes Dact. in 4°

Thèse Médecine Etat

Paris 1955

N°

Nom du Candidat : GAUDIN

Prénoms : Marcel, Fernand, Léon, Célestin

Date de Soutenance :

N° d'ordre :

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

Année 1955

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

GAUDIN Marcel, Fernand,
Léon, Célestin,
né le 14 Avril 1923, à Nantes.

Présentée et soutenue publiquement le :

T I T R E

TROUBLES NEURO-PSYCHIATRIQUES
SURVENUS AU COURS DE CURE PAR L'ANTABUS

Président de Thèse :

Monsieur le Professeur G. HEUYER

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

N°

Année 1952

T H E S E

pour la

DOCTORAT en MEDECINE

(Spécialité d'Etat)

par

GAUDIN Marcel, Fernand,

Léon, Orléans,

né le 14 Avril 1925, à Nantes.

Présentée et publiquement le :



T I T R E

TROUBLES NEURO-PSYCHIATRIQUES

SURVENUS AU COURS DE CURE PAR L'ANTABUS

Président de Thèse :

Monsieur le Professeur G. HEUYER

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CHERC, DELBET, GOUGEROT, GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS.-

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie Pathologique	DELARUE (R)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education(	
Physique et aux Sports (...	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie Médicale	VERNE (J)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R)
Carcinologie	OBERLING (C)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M)
	(Hôtel-Dieu ..
Cliniques	BROCQ (P)
	(Broussais ...
Chirurgicales	de GAUDART d'ALLAINES (F)
	(Salpêtrière .
	MONDOR (H)
	(Cochin QUENU (J)
Clinique chirurgicale	
réparatrice et orthopédique(..	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de chirurgie infantile(	
et d'orthopédie (....	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie pleuro(	
pulmonaire (.....	MONOD (R)
Clinique de tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées(	
et syphilitiques (.....	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang:	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du (	
système nerveux (.....	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants ...	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses ..	MOLLARET (P)

Clinique des maladies mentales (	
et de l'encéphale (.....	DELAY (J)
Clinique du diabète sucré et (	
des maladies de la nutrition (.....	BOULIN (R)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
(Hôtel-Dieu	BENARD (H)
Cliniques médicales (Bichat	LAROCHE (G)
(Cochin	MOREAU
(Broussais	de GENNES (L)
Clinique médicale d'hydro- (	
climatologie-thérapeutique (.....	JUSTIN-BESANCON (L)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT
(Tarnier	LANTUEJOUL (P)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
(Port-Royal .	LACOMME (M)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E)
Clinique oto-rhino-laryngologique ...	AUBIN (A)
Clinique physio-pathologique des (	
problèmes alimentaires (...	RICHET (C)
(Chaire à titre personnel)	
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (G)
Clinique rhumatologique et sociale ..	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale .	SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Embryologie	GIROUD (A)
Génétique	LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de (	
la Chirurgie (.....	MOUQUIN (M.)
Histologie	CHAMPY (C)
Hygiène et clinique de la première (	
enfance (.	CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et Histoire (	
naturelle médicale (.....	GAILLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie médicale	BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale ...	HAZARD (R)
Physiologie	BINET (L)
Physico-chimie médicale	
(Chaire à titre personnel) ...	DOGNON (A)
Physique médicale	STROHL (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P)
Thérapeutique	TURPIN (R)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES-ADJUDÉS ET ADJUDÉS

Anatomie	(	N ... DEBEYRE (J) DELMAS (A) Pr.s.ch.
Anatomie pathologique	((((	N ... GAUTRIER-VILLARS (Mlle P.) Pr.s.ch. BUSSE (F) GOUYGOU (C)
Bactériologie	(	FASQUELLE (R) NEVOT (A)
Biologie médicale	(	BOURLIERE (F) ETTORI (J) Pr.s.ch.
Chimie médicale	((	JAYLE (M.F.) Pr.s.ch. SCHAPIRA (G)
Dermato-syphiligraphie	(	DUPERRAT (F) BULLIARD (H) Pr.s.ch.
Histologie	(	COUJARD (R) N ...
Hydrologie	(	DEBRAY (C) BOYER (J)
Hygiène	((	DEPARIS (M) DEROBERT (L)
Médecine légale et du travail ..	((	GAULTIER (J) HADENGUE (A)
Neurochirurgie	(	DAVID (M)
Neurologie	(((((	SEZE (S de) GRASSET (J) LEPAGE (F) MAYER (M) MERGER (R) MORIN (P) RAVINA (J) VARANGOT (J)
Obstétrique	(	OFFRET (G) DESVIGNES (P)
Ophthalmologie	((	HALPHEN (E) Pr.s.ch. AUBRY (M)
Oto-rhino-laryngologie	(	MADURO (R)
Parasitologie	(	BRUMPT (L)
Parasitologie coloniale	(	CHABAUD (A)
Pathologie chirurgicale	((	ABOULKER (P) BAUMANN (J) GOSSET (J)

	HUGULER (J)
	LAURENCE (G)
	LEGER (L)
	LORTAT-JACOB (J)
Pathologie chirurgicale	OLIVIER (C)
	PADOVANI (P)
	POILLEUX (M)
	ROUX (M)
	RUDLER -J.C.-
	VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P)
	BERNARD (J)
	BOUDIN (G)
	CASTAIGNE (P)
	CONTE (M)
	DECOURT (J)
	DOMART (A)
	DREYFUS (Gimbert)
	FAUVERT (R)
Pathologie médicale	HAMBURGER (J)
	KOURILSKY (R)
	LAMOTTE (M)
	LAROCHE (C)
	MILLIEZ (P)
	PEQUIGNOT (H)
	PERRAULT (M)
	RAMBERT (P)
	THIEFFRY (St)
	TURIAF (J)
Pédiatrie	JOSEPH (R)
	LAPLANE (R)
	MARIE (J)
Pharmacologie	LEVY (Mlle) Pr.s.ch.
	CHEYMOL (J.H) Pr.s.ch.
Physiologie	BARGETON (D) Pr.s.ch.
	PARROT (J.L)
Physique médicale	DJOUANO (A) Pr.s.ch.
	GOUGEROT (H)
Pneumo-Phtysiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	BARUK (H)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
	CERNEA (P)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A)
Thérapeutique	PERRAULT chargé d'enseign.
Urologie	KUSS (R)
Orthopédie	JUDET (R)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES et AGREGES

- 5

RAPPELES à l'EXERCICE

(pour le service des examens)

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique chirurgicale), LE LOUËT (T) (Obstétrique), VANDERKAM (J) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS A TITRE DE CHARGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.

à titre permanent

MM.

Clinique chirurgicale	(	AMÉLINE (A)
	(	PATEL (J)
	(	SICARD (A)
	(	BROUET (G)
Clinique médicale.....	(	CACHERA (R)
	(	HAGUENAU (M) Pr.s.ch.
	(	MARCHAL (G)
	(	SOULIE (E)
Clinique obstétricale	(	ECALLE (G)
	(	SUREAU (M)
Clinique ophtalmologique		RENARD (G)
Clinique urologique		COUVELAIRE (R)

-:-:-:-:-

Secrétaire général de la Faculté MOREL (J)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G)

-:-:-:-:-

Conservateur, chargé de la Direction Docteur HAHN (A)
 Conservateur Mlle GOICHON

	(	Mlles DUMAITRE (P)
	(	LE NOIR (G)
Bibliothécaires	(	METIN (P)
	(	QUIEVREUX (E)

-:-:-:-:-

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

-:-:-:-:-

A MA MERE - A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA FIANCEE

En témoignage de mon affection

A MES ONCLES CHIRURGIENS

En témoignage de l'admiration que
je leur porte et qui m'a incité à
devenir médecin

A MES SOEURS - A MES FRERES

MEIS et AMICIS

A Monsieur le Professeur G. HEUYER

Professeur de Clinique Psychiatrique Infantile.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur L. GILBERT

ancien interne des Hôpitaux de Paris

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

De qui je tiens l'inspiration de ce travail.

En reconnaissance de m'avoir initié à la psychiatrie, à la morphologie et aux sciences qui en découlent, de m'avoir appris le travail scientifique, de m'avoir associé à ses travaux.

En témoignage de fidèle attachement en réponse à l'amitié dont il m'a honoré.

A Monsieur le Professeur P. FERRIN

médecin des Hôpitaux de Nantes

A Monsieur le Docteur R. BRIAU

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

A Monsieur le Docteur C. De MONDRAGON

En témoignage de profonde gratitude les remerciant de l'appui qu'ils ont bien voulu nous offrir.

A Monsieur le Docteur V. GUILLETON

Médecin des Hôpitaux de Nantes

A Monsieur le Docteur R. COHEN

Médecin-Chef du S.P.F. à St-Hilaire-du-Touvet

A Monsieur le Docteur FAILLES

son assistant

qui nous ont prodigué de si bons
soins et qui nous ont entouré de
leur amitié.

En témoignage de reconnaissance
et respectueuse amitié.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux.

TROUBLES NEURO-PSYCHIATRIQUES
SURVENUS AU COURS DE CURE PAR L'ANTABUS.

-1-1-1-1-1-1-1-

Les troubles neuro-psychiatriques que l'on observe au cours de la cure (de désintoxication) par l'antabus sont d'intensité et de gravité variables et posent des problèmes pathogéniques ainsi que pratiques difficiles à résoudre.

Notre dessein est d'essayer d'analyser les causes de ces troubles et de déduire de la connaissance de ces causes la méthode qu'il convient de suivre pour mener une cure à bien sans risquer les accidents susdits.

Nous étudierons dans ce but quelques observations de malades mentaux qui ont été hospitalisés dans les services psychiatriques de notre maître le Docteur CORMAN et du Docteur BRIAU à l'Hôpital Saint-Jacques à NANTES.

Les sujets présentés ont fait leur maladie au cours d'une " cure pour ne plus boire " faite uniquement par l'emploi d'antabus.

-1-1-1-1-1-1-1-

PREAMBULE

Traiter l'alcoolomane par l'antabus n'est pas un vrai problème, mais un ensemble de problèmes.

I.- D'abord les sujets proposés à la cure sont bien différents. Les uns ont des buccurs intermittents, les autres de gros buccurs quotidiens plus ou moins accablants pour leur organisme, soit par l'intoxication éthylique, soit par une autre affection parfois. On bien encore leur psychisme est perturbé. Ce peut être encore des buccurs répétés ou des buccurs hebdomadaires. Toute une gamme riche et variée est présentée au médecin qui veut traiter l'alcoolomanie.

Sans que toutes ces questions soient entièrement résolues scientifiquement et en particulier la question de savoir pourquoi un sujet boit (il n'est que de voir les travaux nombreux faits à ce sujet et qui s'attachent qu'à des parcelles de réponse), le médecin ne comprendra la cure en suivant ces travaux ou ses opinions personnelles.

II.- Puis nous devons dire que la cure est tout à fait empirique. Le mode d'action de l'antabus n'est pas clair. Empiriquement on constate un effet psychopathologique désagréable dû à l'absorption simultanée d'antabus et d'alcool qui rend difficile l'absorption des boissons alcoolisées. Mais à partir de cette réaction, la façon d'envisager la rupture avec les habitudes de buccure est différente suivant les médecins qui l'appliquent.

Pour les uns, la peur de la réaction suffit et ils ne jugent pas nécessaire de la faire.

Pour d'autres, il s'agit d'une sensibilisation à l'alcool expérimentée par le sujet, et les réactions sont un rappel à l'ordre s'il vient à rechuter, et ce sont les réactions faites seront peu nombreuses.

Pour d'autres enfin, c'est le dégoût profond des boissons alcoolisées qu'il faut obtenir, aussi les réactions doivent être assez fortes pour que le sujet ait ce dégoût et répétées un assez grand nombre de fois pour que ce dégoût soit bien ancré en lui.

C'est dire que les conditions dans lesquelles on entreprend cette cure et les modalités d'applications sont très diverses et même non comparables entre elles.

=====

Il arrive que parmi les sujets traités certains présentent des troubles mentaux mineurs bien souvent, mais aussi parfois plus graves.

A quoi faut-il rapporter ces troubles ?

Quelle part attribuer à la cure, à ses différents éléments : antabus, alcool, réactions et conditions dans lesquelles la cure a été entreprise ?

Quelle part attribuer au sujet, à ses dispositions organiques et psychiques normales ou pathologiques au moment de la cure ?

Il nous a paru intéressant d'examiner ces problèmes pour mieux poser les indications de la cure et la façon de la conduire. L'étude de nos observations pourra contribuer à y parvenir.

Nous exposerons en premier lieu les troubles neuro-psychiatriques que nous avons observés, leur fréquence, leur nature, leur durée, leur évolution.

En second lieu, nous étudierons les différents facteurs possibles de la genèse de ces troubles et l'importance de chacun d'eux.

En troisième lieu, nous donnerons notre opinion et nous exposerons de quelle façon nous pensons que doit être envisagée et conduite la cure (en s'inspirant de nos observations).

=====

LES FAITS

-:-:-

I.- Fréquence des troubles observés.

Les Docteurs PERRIN et DE MONDRAGON (1) ont estimé que le pourcentage des sujets faisant des troubles mentaux par rapport au nombre de sujets entreprenant des cures d'antabus est :

pour les confusions mentales graves : 4,5 % ;

pour les confusions mentales légères : 7 % ;

pour l'ensemble des autres syndromes : 3,6 % ;

En fait ces syndromes ne sont pas très définis. Les auteurs reconnaissent une valeur très relative à ces chiffres.

Il est bien difficile de se faire une opinion. En dehors de centres spécialisés, il est entrepris beaucoup de cures qui échappent aux statistiques possibles.

Nous rapportons un certain nombre d'observations. Nous avons pu constater d'autres fois des troubles mentaux ayant certainement des rapports avec la cure, mais nous n'avons pu les retenir, parce qu'il nous a pas été possible de les confirmer par des renseignements et des détails suffisants. Cependant ce fait est rare.

Si on en juge approximativement, le nombre de cures entreprises ces dernières années est certainement impressionnant, le nombre de troubles neuro-psychiatriques majeurs est minime, par contre les troubles mineurs sont extrêmement fréquents.

II.- Nature des troubles observés.

Nous les avons classés en troubles neuro-psychiatriques majeurs et mineurs. Les troubles neuro-psychiatriques majeurs se divisent en deux groupes, selon que les troubles observés sont accompagnés ou non de lésions cérébrales.

A.- Troubles neuro-psychiatriques majeurs avec lésions cérébrales.

Nous rapportons deux observations. Ces troubles sont connus

(1).- PERRIN - DE MONDRAGON : Revue de l'alcoolisme - accidents et incidents au cours de la cure.

et d'autres observations de même genre ont été publiées (1).

Observation II - Un homme de 63 ans, pauvre, gros buveur, est traité à l'hôpital dans un service de neurologie. Il a été admis à l'hôpital parce qu'il a fait après une réaction urticaire-érythémateuse un ictus avec hémiparésie droite et aphasie. L'hémiparésie a disparu totalement en huit jours. Il persiste une légère aphasie.

Il présentait des signes d'artériosclérose et sa tension artérielle était de 19-12.

Observation III - Pierre, homme de 47 ans, mécanicien, gros buveur depuis 5 ans surtout.

Admis à l'hôpital, le lendemain de la première réaction qui est donnée comme bonne, il présente une contraction des membres supérieurs, une aphasie totale, un purpura localisé au pied. Ce purpura va s'étendre les jours suivants à tous les membres inférieurs.

La tension artérielle qui était de 9-6 à son entrée à l'hôpital, 14-8 au moment de la réaction, 8-4 le soir, monte alors en deux jours à 22,5-14, puis décroît ensuite.

La position romaine montre un L.C.R. normal. Il restera normal.

En quatre jours les contractions et le purpura disparaissent. L'aphasie devient motrice et il reste en état léthargique avec parfois des sautes et des urines, accompagné d'euphorie - La T.A. est à 12,5-8.

Cet état va s'améliorer progressivement en un mois, et demi. Au bout de ce temps, l'examen clinique ne montre plus rien, la T.A. est à 20-13. Il est gardé dans le service des maladies mentales par la suite, son comportement sera passable, son état de santé satisfaisant et il travaille.

Le tracé électro-encéphalogramme pratiqué un mois après le début de sa maladie, montre des anomalies très importantes, généralisées aux deux hémisphères avec une prédominance nette pour le côté gauche et concorde à l'activité véro-épileptique.

(1). - Johnson Quarterly Journal of Studies on Alcohol - vol. 13 -
Déc. 1952 - N°4. - page 650.

Ce tracé va pourtant s'améliorer, encore anormal au moment de la guérison clinique, il sera tout à fait normal 21 mois après le début de la maladie.

Un V.O. pratiqué après deux mois de maladie montre des vaisseaux rétiniens normaux.

Quelle sorte de lésions cérébrales exactement ont pu se produire dans ces deux cas ? Il est difficile de le savoir. Le premier était un hypertendu artério-scléreux et nous n'avons pas eu de variations de tensions au moment de la réaction, il a pu se produire une hémorragie ou un ramollissement cérébral. Mais ce n'est pas le cas du second, cependant celui-ci a présenté un purpura, et il est possible que des suffusions hémorragiques se soient produites au niveau du cerveau, nous en discuterons plus longuement.

B.- Troubles neuro-psychiatriques mineurs, formes psychomnes.

Nous avons distingué ici les psychoses avec état dépressif et celles avec état d'excitation. Cette division est assez arbitraire, cependant et les états dépressifs observés sont assez différents, ils sont moins nombreux, quatre observations, tandis que les troubles d'excitation sont plus semblables entre eux et plus fréquents, six observations.

a/- Les états dépressifs.

Observation III. - D. ... Dardé, 33 ans, cette jeune femme est envoyée dans le service des maladies mentales en avril 1933 pour suivre une cure à laquelle elle consent, parce qu'elle n'a rien de temps à autre à la maison, en particulier les apéritifs.

Elle subit une cure de dix jours qui va durer un mois, puis rentre chez elle pour reprendre son travail. Elle vit seule.

Pendant plus d'un mois, elle restera saine et en bonne santé. Mais elle se remet à boire et à prendre des médicaments à sa guise en plus de la dose prescrite parce qu'elle le hait. Elle abandonne sa place, s'enferme chez elle, ne mangeant plus.

Au bout d'une semaine, elle fait une tentative de suicide : après avoir avalé plusieurs comprimés d'aspirine et absorbé du rhum, elle ouvre le robinet de son butagaz.

Le tout provoque des vomissements abondants et l'événement est coupé court. Le lendemain elle est envoyée à nouveau au service des maladies mentales où l'on constate qu'elle est pâle, de mauvais aspect physique, mais l'examen clinique est négatif. Elle livre son anxiété, perimée qu'elle a le cerveau malade pour toujours. Elle se plaint de ne plus pouvoir supporter la solitude et demande qu'on la guérisse de sa misère.

Cet état dure deux jours, son état général s'améliore. Puis elle est calme et se conduit bien.

Son état reste satisfaisant pendant le mois durant lequel elle reste à l'hôpital. Elle est envoyée en maison de convalescence et nous n'avons pas eu de nouvelles depuis.

En résumé : cette jeune femme fait une tentative de suicide au cours d'une bouffée anxieuse provoquée par la prise d'antabus et d'alcool, mais elle en est venue là par aggravation d'une dépression antérieure pour laquelle elle boit et pour laquelle elle prend de l'antabus.

Nous verrons ceci plus en détails par la suite.

Observation IV. - P ... André, 46 ans, chaudronnier, célibataire, est un buveur habituel. Il est invité à suivre une cure dans un dispensaire, afin de " redevenir un homme ".

Sans sevrage préalable, on lui donne de l'antabus et aucune réaction contrôlée n'est faite, le 1^{er} Décembre 1953. Dès le début, il se sent fatigué et demande un fortifiant.

Au bout de huit jours, il s'agite, se mettant à la fenêtre pour crier dans la rue.

Le lendemain, il est amené dans le service des maladies mentales.

Il présente un état confusionnel profond, avec gâtisme. Il ne tient pas sur ses jambes. Légèrement agité, il n'a pas de délire caractérisé. Il n'est pas bruyant, mais fait des grimaces, prend

des attitudes bizarres, restant étendu, pendant les jours suivants. L'examen clinique ne montre rien par ailleurs.

Au bout de cinq jours, il est calme, plus lucide, mange bien. Mais deux jours après il tombe à nouveau dans un état comateux, cette fois avec convulsions des extrémités du type catatonique. On lui administre un traitement par électro-chocs. Il réagit alors en pleurant, frappant à la porte de sa chambre, mais ne paraît pas délirant.

Le deuxième épisode dure sept jours et guérit avec trois électro-chocs.

Ensuite il est tout à fait bien et est sorti de l'hôpital un mois après. Nous ne l'avons pas revu depuis.

En résumé : la maladie de cet homme a été caractérisée par des crises de type catatonique avec convulsions catatoniques des extrémités, sans autre altération du type dépressif, marquée par une remission de deux jours. La guérison assez facile par électro-chocs était suivie de deux épisodes d'origine catatonique plus qu'organique.

Observation V.- F ... Robert, 24 ans, cultivateur, célibataire, c'est un gros buveur. En octobre 1950, il fait les oreillons, garde la chambre, arrête de boire. Puis il recommence quelques jours et vient alors demander une cure ne se sentant pas capable d'arrêter seul. Il commence le 28 octobre.

Au bout de 20 jours on remarque chez lui qu'il est songeur, ne répond pas quand on lui parle, ne travaille plus, " traînant " dans la maison.

Au 34^{ème} jour, il se réveille à onze heures du matin, au bruit d'une auto qui s'arrête. Il ouvre la fenêtre et crie " ou tout de suite ", puis il se met à délirer se plaignant de manquer d'air et d'étouffer. On arrête l'antabus.

Trois jours après, il est amené dans le service des maladies mentales. 40 après le début de la maladie catatonique, il cite, parle d'avions, de ballons dirigeables. Il brise la vitre de la porte de sa chambre.

Il se présente ensuite comme un caractère avec délire sous-jacent.

Il guérit spontanément au bout d'un mois et sortira rapidement de l'hôpital.

Nous revoyons de temps en temps ce jeune homme depuis 4 ans. Il est toujours bien.

En résumé : tout évoque chez ce sujet un épisode schizophrénique provoqué par la cure, mais qui n'a duré qu'un mois et a guéri spontanément.

Observation VI.- De F ... Guy, 40 ans, marié, voyageur de commerce, est un buveur habituel de vin et d'alcools forts.

En mai 1951, il accepte de faire une cure, cure suivie par son médecin. Le jour de son entrée à l'hôpital, il est très fatigué et sa femme l'accompagne.

Au bout de huit jours, il se sent fatigué et l'on diminue la dose d'antabus qui, au début à 2 g, devient 1 g 20 et finalement à 1 g. Cependant il trouve qu'il perd la mémoire, qu'il manque de volonté.

D'ailleurs en Juin, il reboit un peu, il avoue notamment un cassis.

Au bout d'un mois, il tombe dans un état de prostration avec mutisme, refus d'aliments et exprime des idées mélancoliques. Il dit être mort, être en enfer. Il ne dort pas, mais n'est pas agité.

Il est soigné 10 jours après son entrée aux maladies mentales dans cet état qui va durer cinq jours, car il guérit avec deux Antabus-stans et se rétablit bien. Quinze jours après, on lui donne de l'antabus à prendre à nouveau, 0,25 g par jour, qu'il supporte bien.

Le 10 Septembre, c'est-à-dire deux mois après, il nous re-présente un état de prostration avec idées mélancoliques. On soigne. Cet épisode va durer une dizaine de jours, car les électro-choes donneront encore un bon résultat.

Il sort à nouveau en bon état, ne prenant plus d'antabus.

Nous l'avons revu par la suite, en particulier en octobre 1953, c'est-à-dire deux ans après sa maladie. A ce moment il vient pour consulter à plusieurs reprises, n'ayant pas la patience d'attendre. Nous apprenons qu'il est très excité, se sent en pleine forme. Il prend depuis quelque temps, chaque jour, un cachet de N 63 (campho-sulfonate et acétylsalicylate d'ammonium associés à du sulfate β phényl isopopylamine.

En résumé : cet homme a fait deux épisodes de mélancolie l'un de quinze jours, l'autre de dix jours, guéris très facilement par les électro-chocs. Ces épisodes courts sont sans aucun doute en rapport avec la cure, malgré, à ce qu'on voit chez cet homme, une certaine tendance à la cyclothymie.

Les états dépressifs que nous avons observés sont donc bien différents puisqu'il s'agit d'une bouffée anxieuse, d'un état confuso-déméntiel avec catatonie, d'un épisode schizophrénique et d'un état mélancolique. Nous n'avons pas relevé de signes marquant une atteinte organique, c'est pourquoi nous avons rangé ces troubles parmi les psychoses.

b/- Les états d'excitation.

Observation VII.- M ... Bernard, 34 ans, cultivateur, est célibataire, c'est un buveur habituel. Il va de lui-même demander une cure dans un dispensaire, le 23 Mai 1954, mais dès le lendemain il commence une crise de délirium pour laquelle nous le voyons. Il en guérit rapidement et sans complication et sort de l'hôpital en bon état treize jours après. Une semaine se passe et il retourne au dispensaire. Il doit prendre 0,50 g d'antabus associé à de la béviténe chaque jour. Aucune réaction contrôlée n'est faite. Il ne retournera consulter au dispensaire que huit jours après.

Au bout de deux à trois semaines de cure, il se sent fatigué, très fatigué. Un mois après le début de sa cure, il est envoyé à nouveau dans le service des maladies mentales pour délirium.

Nous l'avons revu par la suite, en particulier en octobre 1953, c'est-à-dire deux ans après sa maladie. A ce moment il vient pour consulter à plusieurs reprises, n'ayant pas la patience d'attendre. Nous apprenons qu'il est très excité, se sent en pleine forme. Il prend depuis quelque temps, chaque jour, un cachet de N 63 (campho-sulfonate et acétylsalicylate d'ammonium associés à du sulfate β phényl isopopylamine.

En résumé : cet homme a fait deux épisodes de mélancolie l'un de quinze jours, l'autre de dix jours, guéris très facilement par les électro-chocs. Ces épisodes courts sont sans aucun doute en rapport avec la cure, malgré, à ce qu'on voit chez cet homme, une certaine tendance à la cyclothymie.

Les états dépressifs que nous avons observés sont donc bien différents puisqu'il s'agit d'une bouffée anxieuse, d'un état confuso-déméntiel avec catatonie, d'un épisode schizophrénique et d'un état mélancolique. Nous n'avons pas relevé de signes marquant une atteinte organique, c'est pourquoi nous avons rangé ces troubles parmi les psychoses.

b/- Les états d'excitation.

Observation VII.- M ... Bernard, 34 ans, cultivateur, est célibataire, c'est un buveur habituel. Il va de lui-même demander une cure dans un dispensaire, le 23 Mai 1954, mais dès le lendemain il commence une crise de délirium pour laquelle nous le voyons. Il en guérit rapidement et sans complication et sort de l'hôpital en bon état treize jours après. Une semaine se passe et il retourne au dispensaire. Il doit prendre 0,50 g d'antabus associé à de la béviténe chaque jour. Aucune réaction contrôlée n'est faite. Il ne retournera consulter au dispensaire que huit jours après.

Au bout de deux à trois semaines de cure, il se sent fatigué, très fatigué. Un mois après le début de sa cure, il est envoyé à nouveau dans le service des maladies mentales pour délirium.

En effet, il présente des agitations délirantes, mais il n'est pas monté, n'a pas d'hallucinations visuelles, sa langue ne tremble pas. Il parle sans arrêt, dit des mots sans suite, sans signification avec tendance aux répétitions. Puis il se met à chanter. Le regard est fixe, peu mobile.

À un moment donné, il se laisse glisser à terre, sans criplement et sans se faire de mal, sans ébranlement comme un marionnettiste. L'ensemble évoque l'agitation maniaque. Trois jours après, il revient à la santé, surpris de ce qui lui est arrivé, mais il se rappelle, de façon peu claire, les événements.

Ses idées continuent à être malades et il sortira deux jours après la date de sa guérison. Nous n'avons pas vu de malade depuis.

En résumé, cet homme a présenté un état d'agitation semblable à l'état maniaque, sans délirium, état qui a duré 3 jours.

Observation VIII. - C'est un homme, 35 ans, célibataire, engagé comme mécanicien, d'aspect normal. Il boit une fois par semaine et fait des travaux ménagers. Il craint d'être puni, il s'excuse, à l'heure de quoi il va se promener au dans un parc privé. Un jour il est puni de son absence, il va voir le Docteur BERNARD à l'hôpital qui lui conseille une cure.

Elle est faite à l'hôpital militaire français à Nancy, pendant le 20 octobre 1933.

C'est une cure de 1000 g de sucre par jour pendant lequel il prendra 0,10 g d'insuline par jour et s'endormira par six fois de suite.

Mais à la sixième fois, il n'y a pas la réaction attendue et il est noté qu'il a maigri, qu'il se plaint d'insomnies et de palpitations.

La nuit suivante, il s'agit manifestement d'une réaction. Il fait des grimaces, des jeux de mots. Il raconte les faits qui l'ont amené à la cure. Le lendemain il se couche comme d'habitude.

C'est alors qu'il est noté dans le service des malades mentaux.

Pendant six jours, il reste agité, se mettant en gesticulant, grimaçant, s'amusant à bégayer. Il se signe par moments. Il reste orienté dans le temps et l'espace et ne présente pas d'amnésie.

Au bout de huit jours de maladie, il guérit spontanément, un peu pâle et fatigué. Tout rentrera dans l'ordre rapidement. Pendant 15 jours encore il pensera que les lettres qu'il reçoit de sa mère sont fausses.

Dix jours après nous avons essayé de reprendre la cure, le sujet est resté en bonne santé, mais nous n'avons pu continuer, car il ne désirait pas poursuivre.

Il est sorti en bon état, nous ne l'avons pas revu depuis.

En résumé : au bout d'un mois de cure, ce jeune homme a fait un état d'excitation d'allure maniaque, sans confusion, pendant huit jours.

Observation IX.— P... Robert, 33 ans, ajusteur, marié, est buveur d'habitude.

Depuis cinq mois, il suit une cure prenant 0,25 g d'antabus par jour, cure qu'il a commencée dans un dispensaire où aucune réaction contrôlée n'a été faite. De plus, il buvait habituellement de la bière de ménage.

Pendant l'été 1954, il a beaucoup maigri et se surmène au travail.

Le samedi 23 octobre, il arrête de prendre ses comprimés.

Le dimanche après-midi, il prend plusieurs verres et rentre à la maison rouge et fatigué, le lendemain matin, il n'a pas voulu aller à son travail. Il s'y est rendu l'après-midi, mais il a fallu le ramener; il se sentait les jambes mortes. La nuit suivante, il a des cauchemars et se voit dans le sang.

Le 26 au matin, il se plaint de maux de tête et pleure. Il reconnaît sa mère quand elle vient, mais l'oublie aussitôt. Souvent il a peur, crie pour appeler des gens. Dans la nuit il dort peu.

La nuit du 27 au 28 est agitée. Il sursaute au moindre bruit, veut de la lumière, voit du sang partout. Il n'a plus d'angoisse, il a mal à la tête, constamment il croit que quelqu'un vient pour le tuer.

La matinée du 28 se passe dans l'agitation. Il veut tout briser chez lui, donne un coup de pied à une voisine, se jette dans une voiture en marche.

C'est alors qu'il nous est amené. Dans le service, il se présente comme un maniaque, un peu confus au début. Il crie, fait le boniment comme un camelot pour se faire admirer nu. Il prétend vouloir boxer avec un Cerdan. Puis disposant des oreillers sur le sol de sa chambre, il saute agilement de l'un à l'autre et ceci pendant plusieurs jours.

Au bout de douze jours de maladie, il se calme progressivement et spontanément.

Il sera un peu déprimé quelques jours ensuite et raconte qu'avant de venir, il a vu défiler dans sa tête toute sa vie et a bien cru mourir ou qu'on voulait faire des expériences sur lui. Ce fait lui était déjà arrivé au cours de la guerre, lors du naufrage d'un bateau, au cours duquel il failli périr noyé.

Il est sorti en bon état de l'hôpital et nous ne l'avons pas revu depuis.

En résumé : au bout de cinq mois de cure, cet homme fait aussi un état d'excitation d'allure maniaque qui a duré douze jours.

Observation X. - P ... Albert. 39 ans, marié, charpentier, est un buveur habituel. Il est envoyé à l'hôpital pour cure, dans un service de médecine générale, le 17 août 1952. Au bout de 21 jours, il sort. Mais la veille de sa sortie, sa femme lui rendant visite le trouve agité, tenant des propos incohérents, comme s'il avait bu. Il a cependant engraisé de trois kilos.

Par la suite, il ne boit pas, la vue et l'odeur de l'alcool le dégoûte, mais l'agitation augmente. Ses propos sont de plus en plus confus. Il oublie au fur à mesure tout ce qu'on lui dit. Il se lève cinq six fois la nuit, pour uriner, mais il n'a pas de visions

Deux jours après sa sortie, il entre dans le service des maladies mentales où on constate une T.A. à 25-15.

Il présente une agitation hypomaniaque typique qui se calme d'elle-même en douze jours.

Il est possible de l'examiner plus à loisir, sa T.A. est à 20-15; le signe du laser est négatif; le fond d'oeil est normal; la tension artérielle rétinienne normale. Un tracé électro-encéphalographique montre des altérations du rythme de base sur la totalité des deux hémisphères, ni asymétrie, ni paroxysme. En conclusion tracé d'alcoolique chronique.

Trois semaines plus tard, nous donnons à prendre à nouveau de l'antabus et provoquons deux réactions typiques.

Il sort le 3 Octobre 1952 en bon état, ayant à continuer l'antabus.

Nous le revoyons en consultation en Décembre 1951. Il prétend continuer à prendre de l'aspérol 3 fois par semaine, en essayant de boire de la bière ce qui ne l'incommode pas. Sa T.A. est 18-11.

Puis il est envoyé à nouveau en Décembre 1952 dans le service cette fois pour un délirium typique.

En résumé : à la suite des réactions, cet homme fait un accès hypomaniaque qui se traduit surtout par la rage, avec une possible hypertension.

Le plus curieux est que la reprise de réactions n'a provoqué chez cet homme aucun accident.

Observation II:- E. - Pierre, 41 ans, marié, fait un frère de bureau, a toujours été laid. Les derniers temps, il dépensait vingt à trente mille francs en boisson, par mois.

Il fait plusieurs crises de délirium en janvier 1952 et sa femme inquiète le pousse à faire une cure.

Elle est commencée en février 1952. Il se plaint rapidement de fatigue et de bourdonnement d'oreilles. La courbe d'excitation est distendue jusqu'à 20/15 à 24 heures. Au bout de deux semaines, il s'agite. Parlant abondamment, il dit qu'il veut écrire l'histoire de sa vie. Il parle continuellement de Dieu et des choses de religion.

Depuis il est resté dans le service et se comporte convenablement.

En résumé : alors qu'il est en cure, cet homme fait par deux fois à quatorze mois d'intervalle, des épisodes d'excitation maniaque, l'un de dix jours, l'autre de quinze jours. Entre temps, il présente une sorte d'état dépressif, de même à la suite de son second accès, avec des idées délirantes. Il guérit cependant de tout cela.

Observation XII.- Ch ... André, 41 ans, cultivateur-cantonnier, est en ivresse continue depuis quinze jours quand il vient de son propre chef à l'hôpital demander une cure. Il entre en service de médecine générale.

Au bout de vingt jours, il sort mais un peu excité, parlant beaucoup. Cette excitation augmente pendant une semaine. Il se met à vagabonder, à faire de la propagande pour les comprimés, se donnant comme guéri. Il n'a pas de visions. Joyeux, il dit que les billets de mille rentrent à la maison. Il va frapper à toutes les portes, parlant d'un Dieu qui allait guérir tout le monde. Mais il ne prend plus de comprimés, car on lui a commandé de ne pas en prendre. Au bout de douze jours, il est amené dans le service des maladies mentales. Là, il se présente comme un maniaque bien orienté, bien présent. Il crie, rit, pleure successivement, il est factieux avec des gesticulations mystérieuses.

Il parle de Dieu, de la fin du monde avec jovialité et abondance.

Il guérit spontanément au bout d'un mois de maladie.

L'examen clinique ne révèle rien. Un électro-encéphalogramme pratiqué à la fin de sa maladie montre un tracé normal.

On reprend l'antabus avec prise de vin quelques jours après. Cet homme reste cependant en bonne santé et partira de l'hôpital un mois après. Nous l'avons revu depuis, toujours en bon état.

En résumé : cet homme a fait un accès maniaque d'un mois après un mois de cure à l'antabus. /

Observation XIII. - B ... Jean, 46 ans, menuisier-ébéniste, boit de temps en temps. Il a fait trois séjours à l'hôpital psychiatrique en 1934, en 1938-39 et en 1940-41, à chaque fois pour accès maniaque.

Donné comme bon buveur, il consent à une cure faite par son Médecin en ville.

Il reste abstinant 4 à 5 mois, puis arrête les comprimés, prétendant être débarrassé de sa mauvaise habitude.

Sa femme pense toutefois qu'il boit malgré ce qu'il en dit et tous les quatre à cinq jours lui met de l'espéral dans sa soupe, à son insu. Elle remarque qu'il lui arrive d'être rouge et de se sentir malade.

Huit mois après, en septembre 1953, il boit beaucoup pendant une période de grève qui l'a fort préoccupé, et sa femme lui administre de l'espéral fréquemment. Au bout d'une semaine il s'agite.

Le 6 septembre 1953, il se lève à deux heures du matin, parlant sans arrêt, criant, enfermant sa femme qui voulait l'empêcher d'aller travailler sur son chantier.

Le lendemain, il se met à boire, notamment des pernods et sa femme lui donne de l'espéral. A midi il rentre très rouge, se sentant mal à l'aise, obligé de se coucher jusqu'à 16 heures. Ensuite excité, il veut travailler, crache à la figure de sa femme, vagabonde, pleure, crie, manifeste des idées de grandeur.

Ainsi pendant 3 jours, il dépense dix mille francs, on ne sait trop en quoi. Il est alors amené dans le service des maladies mentales. Là, il se montre excité, euphorique. Il se prétend l'homme le plus fort du monde. Très sale, il déchire beaucoup, se met nu. Il est assez soupçonneux, difficile, méchant avec les infirmiers.

Cet état va durer un mois. Après trois électro-chocs, il redevient calme. Par la suite son comportement est très convenable et il sort guéri.

En résumé : cet homme a fait un véritable accès de manie. C'est un prédisposé. Cependant la coïncidence du déclenchement de cet accès avec l'administration d'antabus et des prises d'alcool importantes nous a fait retenir cette observation.

Notre malade ont donc présenté des états d'excitation mani-

que.

On ne peut parler chez ces personnes d'excitation mentale, mais l'excitation est en fait une excitation de nos sensibilités. Il y a par conséquent une excitation de nos sensibilités, mais pas de nos sensibilités intellectuelles, celle-ci est en fait la même, c'est-à-dire la distinction pour le sujet de fixer son attention. Par ailleurs nos malades ne sont jamais réveillés dans l'espace de leur sommeil, ils connaissent, ils connaissent les objets qui les entourent. Ils reconnaissent aussi les personnes qui leur sont familières, mais sans surprise de ce qui leur est arrivé, ils se souviennent très bien d'avoir été excités.

On ne peut parler non plus de délirium délirant. Des idées délirantes ont été exprimées, mais ce sont des idées de grandeur, des idées mystiques que l'on ne rencontre jamais dans l'excitation de manie. Jamais nous n'avons pu mettre en évidence d'hallucinations de quelque sorte.

Dans nos deux dernières observations, nous assistons à de véritables accès de rage avec une élévation progressive, se produisant dans les deux cas.

Il contraste les quatre autres ont commencé leur malade plus tôt, plus rapidement, plus rapidement et la durée est plus courte. Ce sont plutôt des accès hypomaniaques. Par ailleurs, nous n'avons jamais relevé chez eux de signes d'excitation d'autre nature, excepté chez l'un d'eux qui fait un état de rage avec une poussée d'hypertension.

Il est déjà connu en psychiatrie qu'un état d'excitation maniaque peut s'accompagner d'une poussée hypertensive, ce n'est donc pas là un phénomène pathologique exceptionnel au delà de ce cas.

C'est pourquoi nous avons classé ces observations parmi les troubles psychiques.

c/- Les troubles neuro-psychiatriques mineurs.

Il s'agit de troubles fréquents et bien connus. Nous n'avons pas jugé utile de les rapporter aux observations.

" C'est ainsi qu'on peut voir apparaître au cours de la cure des symptômes nerveux parfois importants : anxiété, dépression, insomnie, dépression du sommeil, etc. On peut aussi noter le compte d'une action toxique spéciale de l'antabus. C'est ainsi par exemple qu'on a observé un syndrome de parésie des membres inférieurs persistante avec impuissance sexuelle, ce qui s'observe en effet. Mais il y a lieu de se demander, également dans ce cas, si la tendance à la parésie n'est pas due à une action directe de l'alcool sur les centres nerveux alcoolisés n'étaient pas rechercher par le malade pour se " copier " - Les parésies ne doivent pas être prises pour un effet secondaire dans ce cas, mais il est bien évident que l'antabus agit par un effet d'effacement, et il ne faut pas en faire un moyen de suppression des déficiences psychiques du sujet " (1).

Les troubles les plus fréquemment rencontrés sont des troubles de la personnalité et des troubles de la personnalité. Les sujets en cure sont :

- une fatigabilité à l'effort, en particulier un manque de force au travail;
 - un mauvais sommeil, sommeil entrecoupé de cauchemars ou difficulté à s'endormir;
 - des céphalées dont le siège est extrêmement variable;
 - et une impuissance sexuelle ou diminution de cette puissance.
- généralement. De cela les malades se plaignent peu, ils n'osent ou ne songent pas à en parler et il faut les interroger à ce propos.

III.- Durée des troubles et évolution ultérieure.

1.- La durée des troubles neuro-psychiatriques avec lésions cérébrales est assez importante. Dans nos observations une partie des

1).- Ouest-Médical - 10 Août 1951 - Conseils pratiques pour le traitement de l'alcoolomanie par l'antabus.

troubles psychiques assez rapidement. Chez l'un de nos malades, il persiste une légère aphasie. Par contre chez le second s'il a persisté un moment un état démentiel avec un peu d'aphasie, tout a regressé parfaitement en un mois et demi, et l'électro-encéphalogramme se montre normal au bout de vingt et un mois. L'important rien ne laissait prévoir une guérison aussi complète. L'importance du tableau clinique et par conséquent de la lésion probable, ne peut donc faire prévaloir le pessimisme. Cependant nous sommes parés à des cas aussi graves, il faut se réjouir d'une guérison totale sans oser l'espérer.

2. - Dans les troubles psychosomatiques, la durée de la maladie est plus variable mais se répète après un mois. Elle a durée de quatre jours au minimum, avec une fréquence particulière de dix à quinze jours, jusqu'au mois dernier par trois fois en cela sans préférence d'un état dépressif ou d'excitation.

Nous devons dire cependant que deux de nos malades ont été traités par électro-chocs. Les autres ont été laissées à leur évolution spontanée.

Deux de nos malades ont fait une rechute, l'un à trois mois d'intervalle, l'autre à quatorze mois avec précession, il est vrai, de quelques troubles dépressifs. Ils continuent tous les deux la cure.

Toutefois la guérison a toujours été obtenue et comme nous le faisons remarquer la plupart du temps sans traitement.

Nous n'avons pas toujours eu ce qu'était devenu nos malades pour ceux d'entre eux en particulier. Les autres ne peuvent être

3. - Les troubles psychosomatiques se retrouvent également plus ou moins tôt après la début de la cure. En particulier des troubles dépressifs asthéniques.

J. Palyre décrit (1) l'asthénie entraînée par le sérum qui paraît dans notre série. Elle n'est toujours de courte durée. Nous

(1) - Informations médicales - Bulletin des services médicaux de la

pensons que cela est dû à la thérapeutique associée à l'aspirine. Nous prescrivons dès le début une association de Becozyne forte de Vitas-Corbol 500, soit avec méthionine, inositol, soit hépacholine, soit hépatrol buvable, soit activarol. Si le sujet est légèrement somnolent ou obnubilé nous donnons du maxiton.

Mais est-ce à dire que cette asthénie est vraiment guérie ? Ainsi G. Boitelle, " Boitelle, Lentulo écrivent (1) :

L'état physique excellent après la cure et la guérison ne demeure pas toujours. L'asthénie apparaît alors ...

Nous pensons en effet que les médicaments excitants peuvent surseoir aux symptômes asthéniques laquelle reste sous-jacente.

Traitée modérément comme le recommande le Docteur CORMAN. Nous voyons cette asthénie se prolonger un mois, deux mois, trois, quatre mois et guérir tout à fait. Parfois lorsque le sujet est trop déficient, ou lorsqu'il a passé la cinquantaine, cette asthénie reste chronique et devient irréductible.

=====

(1).- Etudes anti-alcooliques - Oct. - Déc. 1952 - p. 261-263.

En face de ces troubles, les problèmes pathogéniques qui se posent sont ceux qui tiennent aux éléments de la cure et ceux qui sont inhérents au sujet.

Pour les premiers ce sont : le médicament, l'antabus et les réactions.

Pour les seconds ce sont : la condition organique du sujet, surtout les perturbations dues à son alcoolisme en particulier sur son système nerveux, et sa condition mentale.

Nous les verrons successivement.

1.- Les éléments de la cure.

A.- L'antabus.

Chez nos malades, les doses et le temps d'administration de l'antabus ont été variables.

a/- Les doses faibles - par trois fois.

La cure a été faite avec 0,75 g d'antabus pendant 5 mois chez ce malade de l'observation II qui a fait un état d'excitation maniaque de douze jours.

Commencée avec 0,50 g par jour, puis 0,75 g pendant 2 mois, la cure a été reprise après le premier épisode maniaque avec 0,25 g un mois sur deux pendant 18 mois, chez le malade de l'observation XI qui a fait deux épisodes maniaques de dix jours et quinze jours. Le sujet de l'observation XIII qui a fait un accès maniaque d'un mois, depuis 4 à 5 mois recevait un comprimé d'espéral de temps à autre à son insu, auparavant il prenait 0,50 g par jour, tout pendant 4 à 5 mois.

b/- Les doses moyennes - par quatre fois.

Recevaient 0,50 g d'antabus par jour.

Pendant 8 jours le malade de l'observation IV qui fit deux épisodes confuso-démantels en 18 jours.

Pendant 1 mois le malade de l'observation VII qui fit un é-

Pendant 1 mois, le malade de l'observation VIII qui fit un état d'excitation de huit jours.

Pendant 1 mois, puis 0,75 g pendant 2 mois, la jeune femme qui a fait une bouffée anxieuse avec tentative de suicide.

Les sujets que nous avons observés qui présentent des troubles psychiques mineurs recevaient 0,50 g d'antabus par jour et ceci pendant des mois, parfois ensuite un an, deux ans suivant le cas.

c/- les doses fortes - par trois fois.

Cet homme qui fit un état confusionnel avec aphasie, observation II, avait reçu :

0,50 g d'antabus pendant 3 jours, 1 g les trois jours suivants; 1,50 g les trois derniers jours.

Celui qui a fait un accès maniaque de 14 jours avec poussée d'hypertension, observation X, a reçu :

0,50 g d'antabus 12 jours et ensuite 1 g pendant 21 jours.

Celui de l'observation XII qui a fait un accès maniaque d'un mois recevait 2 g d'antabus par jour, ceci pendant 20 jours.

d/- Mixte.

C'est le cas du malade de l'observation VI qui commence la cure avec 2 g puis 1,5 g, 1 g, enfin poursuit avec 0,25 g par jour parce qu'il se sentait fatigué pendant un mois, fait un accès mélancolique de quinze jours. Il reprend la cure à 0,25 g et fait un deuxième accès mélancolique de dix jours au bout de 2 mois.

=====
Ces doses sont-elles discutables ? C'est peu probable malgré que deux de nos malades nous aient avoué avoir pris des doses supérieures parce qu'ils avaient honte, mais de façon si passagère. D'autres qui ne le disent pas, ont dû omettre quelques prises. Mais dans l'ensemble on ne peut faire aucun reproche de ces indications peu importantes.

En gros, il apparaît un parallélisme entre les doses d'antabus prises et les délais dans lesquels sont apparus les maladies. Plus les doses ont été fortes, plus vite sont apparus les troubles mentaux. Il est donc nécessaire de se demander si l'antabus n'est pas responsable, peut être par un effet toxique. Ce parallélisme remarquons-le de suite n'accuse pas l'antabus seul, mais aussi les réactions qui auront pu être plus fortes avec des doses d'antabus plus fortes.

Mais cependant, nombreux sont les alcooliques traités par l'antabus qui ne font pas de troubles importants. Or trois de nos malades ont reçu des doses fortes d'antabus, l'un encore est un cas mixte. Donc au plus quatre sur treize ont pris des doses fortes.

Trois prenaient des doses faibles, les autres des doses moyennes.

Nous sommes donc obligés de penser que chez eux, il existe une sensibilité particulière au médicament.

Cette sensibilité particulière n'est pas en cause pour ce qui est des troubles mineurs en particulier dépressifs asthéniques. En effet nous avons déjà dit plus haut qu'ils guérissent en quelques mois parfaitement et ceci malgré l'administration continue d'antabus à la dose de 0,50 g par jour. Les troubles dépressifs ne sont donc pas le fait du médicament.

Rien ne nous indique que l'antabus est à l'origine de lésions cérébrales que l'on voit toujours manifestement survenir au moment des réactions.

Quant aux troubles psychosiques nous en doutons, car si nos malades avaient une sensibilité particulière, il serait vraisemblable que l'administration d'antabus aussitôt leur maladie terminée, devrait les y replonger rapidement.

Or nous avons repris l'administration d'antabus chez cinq de nos malades.

Nous avons signalé que deux avaient fait des rechutes, l'un au bout de deux mois, l'autre au bout quatorze mois, alors qu'ils prenaient le premier 0,25 g d'antabus par jour, le second 0,25 g par jour mais un mois sur deux. Chez ces deux sujets on n'a pas fait d'essai contrôlé avec du vin.

En gros, il apparaît un parallélisme entre les deux types de
les prises et les délais dans lesquels sont effectués les
Pour les deux cas, il a été constaté que les délais sont
les mêmes. Il est donc intéressant de constater que les
mêmes résultats sont obtenus pour les deux types de
Il est donc intéressant de constater que les résultats sont

Il est intéressant de constater que les résultats sont
les mêmes. Il est donc intéressant de constater que les
résultats sont les mêmes. Il est donc intéressant de constater
que les résultats sont les mêmes. Il est donc intéressant de
constater que les résultats sont les mêmes. Il est donc
intéressant de constater que les résultats sont les mêmes.

Il est intéressant de constater que les résultats sont
les mêmes. Il est donc intéressant de constater que les
résultats sont les mêmes. Il est donc intéressant de constater
que les résultats sont les mêmes. Il est donc intéressant de
constater que les résultats sont les mêmes. Il est donc
intéressant de constater que les résultats sont les mêmes.

Il est intéressant de constater que les résultats sont
les mêmes. Il est donc intéressant de constater que les
résultats sont les mêmes. Il est donc intéressant de constater
que les résultats sont les mêmes. Il est donc intéressant de
constater que les résultats sont les mêmes. Il est donc
intéressant de constater que les résultats sont les mêmes.

Le militaire de l'observation VIII qui a fait un épisode maniaque de dix jours, a reçu quinze jours après 0,50 g d'antabus par jour pendant 8 jours; il a présenté des réactions négatives quand nous avons voulu lui faire absorber du vin. Ceci à cause de l'atmosphère spéciale dans lequel la cure avait été commencée. Pour les mêmes raisons, il s'est refusé ensuite à prendre des comprimés mais il est resté guéri.

L'homme de l'observation X qui fit un accès maniaque de dix jours avec poussée hypertensive a repris quinze jours après l'absorption de 0,50 g d'antabus par jour pendant huit jours et deux verres de vin ont donné des réactions excellentes. Il a dû prendre ensuite trois comprimés d'espéran par semaine, nous ne savons combien de temps.

Deux ans après nous l'avons revu pour un délirium.

L'homme de l'observation XII qui fit un accès maniaque d'un mois, a reçu un mois après la fin de sa maladie, pendant 4 jours 0,50 g, les quatre jours suivants 1 g. Les quatre jours qui suivent encore 1,50 g au bout desquels on note une réaction bonne. Il est sorti, ayant à prendre 1 g d'antabus par jour. Nous ne savons combien de temps il l'a fait, mais il est resté en bonne santé.

Nous aurions aimé poursuivre plus longtemps, des reprises de cure, mais les sujets ne s'y prêtent pas volontiers et on les comprend. Leur sensibilité au comprimé est alors pour la la maladie

En conclusion : nous pensons que l'antabus ne peut à lui seul provoquer l'apparition de troubles neuro-psychiatriques.

B.- Les réactions.-

a/- L'absorption de vin chez un sujet en cure à l'antabus provoque une réaction physio-pathologique bien connue pour son aspect clinique, moins bien connue dans son mécanisme intime et non connue dans sa cause. Malgré son effet passager, c'est là la cause la plus probable des maladies dues à la cure.

Nous avons essayé à chaque fois d'avoir la notion de ces réactions.

Observation X. - nous ne savons pas combien de réactions ont été faites dans le service de médecine dans lequel il suivait la cure. Mais l'une est signalée comme bonne, huit jours avant sa sortie et sa tension artérielle était à 20-11. Déjà il est agité avant sa sortie.

Observation XI. - la femme de ce malade prétend qu'il ne buvait pas, mais ne peut l'affirmer, car il sortait seul. Cet homme est peu sûr, il maît avant de commencer la cure qu'il buvait. Mais pendant la cure, il a présenté plusieurs accès de violence, or il y était sujet quand il avait bu.

Il nous avouera seulement un demi de bière, absorbé avant son deuxième accès maniaque.

Observation XII. - cet homme n'avait pas cessé de boire depuis 15 jours quand il est venu demander une cure. Trois réactions ont été faites pendant son séjour à l'hôpital alors qu'il prend 2 g d'antabus par jour. Il est déjà excité à sa sortie. Ensuite il vagabonde, dit qu'il ne doit plus prendre de comprimés, ce qui suppose qu'il se permettait de boire.

Observation XIII. - cet homme buvait nettement des Apéritifs et sa femme lui donnait de l'antabus à son insu. Le jour il a dû se coucher pendant 4 heures de temps après une réaction.

Aucune notion certaine chez ce jeune homme de l'Observation 2. Sa mère affirme qu'à table, il ne buvait que du tilleul ou du thé. Nous n'avons jamais pu rien lui faire avouer. Mais il a un caractère très fermé et très secret. C'est pourquoi nous ne sommes pas sûrs qu'il ne buvait pas de temps en temps en cachette.

- Pour les troubles neuro-psychiatriques mineurs.

Ils ne sont pas le fait des réactions, mais les réactions n'y sont pas étrangères. En effet il est très fréquent que les sujets en cure après une réaction surtout si elle a été un peu forte, mais ce n'est pas essentiel, éprouvent des maux de tête surtout sensation de fatigue, céphalées, refroidissement des extrémités etc. Ces symptômes sont surtout aigus dans les heures qui suivent, mais peuvent persister plus longtemps. A ce moment il est difficile de dire s'ils existaient avant la cure ou s'ils sont dus à

Certains nous relevons souvent des réactions fortes au moment du déclenchement de la maladie.

Ainsi cette jeune femme de l'observation III a recommencé à boire tout en prenant des comprimés, huit jours avant sa tentative de suicide. Mais ayant forcé la dose d'antabus parce qu'elle avait soif, elle a pu être l'objet de réactions fortes.

Observation IV. - cet homme est allé plusieurs fois dans des cafés, prenant des comprimés en plus : ce qui le faisait rougir.

Observation VI. - il prenait 1 g d'antabus par jour et avoue avoir pris des alcools forts.

Observation VII. - il avait arrêté de prendre des comprimés la veille du jour où il a fait des idées suicidaires et il s'est senti très rouge à la maison.

Observation X. - il prenait 1 g d'antabus, prenant une réaction de T.A. monte à 20-11.

Observation XII. - il prenait 2 g d'antabus par jour.

Observation XIII. - il avait bu des apéritifs sans savoir que sa femme lui donnait de l'antabus et a dû rester au lit quatre heures de temps à la suite d'une réaction.

Mais ce n'est pas toujours le cas.

Ce jeune militaire de l'observation VIII, ne fait pas de réaction à la sixième prise de vin avec des doses tout à fait normales.

Pour les autres nous ne pouvons pas être aussi affirmatifs, car nous avons des doutes sur le fait de prises d'alcool et par conséquent sur les quantités absorbées et la qualité de l'alcool.

Dépendant cette femme de l'observation II, prenait 0,25 g d'antabus et avait dans la maladie sous l'effet de deux doses de sérum, nous dit-elle.

On peut ajouter aussi que les prises de vin ont été répétées et par conséquent produire une intoxication. Ce n'est le cas de notre jeune militaire. Ce serait aussi le cas de ces hommes des observations VII et IX qui avaient bu un petit coup de vin en temps.

Cependant nous devons remarquer que ces faits ont pu se produire dans une autre période que celle qui précède de près la

On peut nous répondre cependant qu'il est indéniable que le système nerveux soit touché au moment de la réaction. Pour l'établir en effet dit à propos des troubles neuro-psychiatriques avec lésions cérébrales. Cet état a été enregistré sur les électro-encéphalogrammes et nous l'avons relevé nous-mêmes au moment de la cure chez un de nos malades.

Observation III. - L'électro-encéphalogramme enregistrant un discret ralentissement des rythmes dans les régions temporales au moment de la réaction vasomotrice, qui a eu lieu convenablement avec 1,50 g d'antabus et un verre de vin.

Mais cliniquement tout s'est bien passé.

Tout au plus cette intoxication passagère au moment de la réaction peut expliquer l'état de fatigue que nous constatons dans les heures qui suivent la réaction, état qui peut aller jusqu'à la confusion mentale signalée par certains auteurs, mais que nous n'avons jamais observé au cours des traitements par nos agents.

Elle peut expliquer des états confusionnels plus longs si l'état cérébral du sujet était mauvais. C'est peut-être le cas d'un de nos malades.

Observation IV. - état confusionnel profond durant cinq heures avec gâtisme et impossibilité de tenir sur ses jambes.

Mais elle n'explique pas la rechute de ce malade après deux jours de remission, cette fois avec état confusionnel, ni l'état de nos autres malades chez lesquels nous ne pouvons évoquer une fragilité particulière.

Les troubles psychomoteurs à notre avis dépassent largement le cadre de cette intoxication si bénigne habituellement pour d'autres alcooliques traités et en moins bon état. C'est d'ailleurs la particularité des troubles psychiques de dépasser le cadre de nos constatations organiques.

2. - Nous pensons donc que les troubles psychomoteurs sont d'origine psychique.

La réaction déclenchante agit comme un choc, il n'est pas nécessaire qu'elle soit forte, bien qu'une réaction forte aura

évidemment plus d'effet sur le psychisme du sujet. On peut constater en effet dans notre observation VIII que ce jeune militaire a fait ces troubles psychiques après une réaction dite nulle. Nous relevons des effets de ce genre dans une observation de Fottier (1). Les réactions de ce malade deviennent mauvaises avec rejet du vin ou le vin est trop bien supporté.

Il est donc plus juste de dire que les réactions au moment de l'apparition des troubles mentaux sont perturbées.

Quelle peut être la cause de ces perturbations ?

Nous avons pensé que des éléments motifs entraient en jeu. En effet nous connaissons de ces réactions dites fortes qui ne le sont qu'en apparence car le pouls reste bien frappé, l'évolution n'est pas régulière, la psychothérapie ramène les troubles observés à des proportions normales. Nous connaissons aussi de ces réactions où le sujet est terri par la peur, est pris de nausée sitôt le vin absorbé, si ce ne sont des vomissements, mais la tension artérielle ne baisse pas, le visage ne devient rouge que dans les efforts de vomissements, la réaction est mauvaise. C'est ce que nous avons constaté chez ce jeune militaire de l'observation VIII lorsque nous avons voulu reprendre la cure.

Mais ces réactions émotives ne conduisent pas aux troubles mentaux. Nous les connaissons comme fréquentes, notre jeune militaire n'a pas rechuté. Elles traduisent plutôt un refus inconscient à une situation désagréable que le sujet s'efforce cependant de surmonter.

Les troubles mentaux apparaissent par ailleurs non au moment de la réaction, mais dans les heures ou les jours qui suivent.

Le jeune militaire qui a pu être observé à ce sujet, s'est agité dans la nuit suivant une réaction dite " nulle " .

La famille de cet homme de l'observation IX nous raconte qu'ayant fait des abus, le lendemain il ne peut aller travailler, le surlendemain il est anxieux et l'agitation augmente pour atteindre son maximum en deux jours.

Sortir l'alcoolique de sa déchéance, et le mettre dans sa déchéance.

En-dessus la cure vient pour sortir l'alcoolique de ce conflit, mais si la réaction vient à être déviée à un des termes du conflit par conditionnement soit pour le mieux soit pour le mal, elle aggrave ce conflit.

C'est ainsi que deux de nos malades en venant à prendre des comprimés en plus parce qu'ils avaient honte, en outre à reçu en imagination toute sa vie de la même façon que le jour où il fallait périr noyé.

II. - Les éléments inhérents au sujet.

A. - Conditions organiques. -

Elles sont déterminées surtout par l'intoxication alcoolique du sujet, nous en parlerons surtout.

- Pour les troubles neuro-psychiatriques aux lésions cérébrales, nous en avons déjà parlé.

Rappelons que notre homme de l'observation I était artérioholérique, âgé de 63 ans.

Celui de l'observation II ne présentait pas de signes cliniques d'atteinte grave. Les recherches biologiques urée, cholestérol, thymol, galactosurie donnaient des chiffres normaux.

Sa tension artérielle était toute fois un peu élevée (9-6).

Mais depuis trois ans il ne travaillait plus, abandonnant toute la journée et depuis deux ans avait fait cinq crises comitiales.

On a commencé le traitement à l'antatox 12 jours après le sévrage. Après 7 jours de traitement il fait sa maladie.

Nous avons donc deux raisons de penser que son état mental et son état cérébral n'étaient pas brillants. Même si cet état était réversible, il n'était certainement pas excellent 21 jours après le sévrage. Alors qu'il durait depuis deux ans au moins, ce qui nous qualifions une démence éthylique, qu'un traitement à 2 mg. de l'antatox par jour pendant 12 jours n'avait pas guéri.

- Dans les troubles psychosiques.

Aucun examen clinique fait avant la cure n'a révélé de troubles organiques graves.

Nous n'avons pas relevé rien à ce sujet, si ce n'est une seule fois une hypertension artérielle associée à un état maniaque au moment de la maladie ou après. Notons toutefois que ce jeune homme de l'observation V a fait les oreillons un mois avant de commencer la cure, il en était donc guéri. Ces troubles mentaux sont survenus d'ailleurs un mois après le début de la cure : il paraît difficile de mettre cette maladie en cause.

- Rôle plus particulier de l'intoxication alcoolique.

Sur les onze observations que nous apportons de maladies psychiques, huit ont trait à des buveurs importants, gros buveurs ou buveurs d'habitude. Les trois autres sont des buveurs intermittents.

La jeune femme de l'observation III boit dans ses moments de dépression, parfois seule, parfois prenant l'apéritif avec d'autres filles.

Le jeune militaire de l'observation VIII boit une fois par semaine. Il supporte mal la boisson, faisant à chaque fois des ivresses excito-motrices.

Cet homme de l'observation XIII fait des seules par périodes. Avant de reprendre l'usage de l'alcool il est resté réveillé pendant quatre mois de suite qu'il suit volontairement. Par la suite, il ne dort certainement pas beaucoup, puisque sa femme lui administre de l'antabus à son insu.

Chez ces trois malades on ne peut admettre de lésions fonctionnelles même passagères ayant une importance quelconque. Combien d'alcooliques dont un état plus précaire est dû à leurs abus, suivent la cure cependant ?

Par contre, il est certain que parmi les autres, il y en a qui ont fait du delirium; l'homme de l'observation VII fait un délirium une semaine avant de commencer sa cure, mais il était

sorti de l'hôpital en bon état. L'homme de l'observation IV a fait plusieurs crises de délirium dans le mois qui a précédé le commencement de sa cure.

Deux gros buissons, observations I et III traités à l'hôpital en service de médecine, n'étaient pas atteints de *la* toxémie tellement importante. En effet les recherches biologiques, urée, cholestérol, thymol, céphaline galactosurie ont donné des résultats normaux.

Nous pourrions encore discuter du délai qui a été observé entre le début de la cure et l'arrêt du traitement : celui-ci est variable, et du traitement de désintoxication entrepris : une fois même, pour être deux ou trois jours, mais ce point est difficile, car il faut conclure à l'absence d'effet de la cure de désintoxication, mais bien sûr, nous ne pouvons pas juger de la valeur de la cure de désintoxication.

Nous ne pouvons pas lever les réflexions que l'importance de l'intoxication alcoolique de *la* maladie nous a permis de faire dans l'apparition de troubles mentaux d'autant plus que ceux-ci sont apparus dans des délais assez longs après le début de la cure. Mais nous observons IV, et nous avons dit à l'occasion ce que nous pourrions en dire.

Mais il y a plus, les troubles psychiques présentés par *la* maladie sont différents de ceux que l'on voit dans l'alcoolisme. En effet :

- Les états dépressifs -

Le rapport anxieux avec l'absence de délirium se voit dans l'alcoolisme : mais en outre de l'absence, il n'y a pas cette absence de trois jours que l'on trouve chez les alcooliques. Il n'y a pas de délirium. Il n'y a pas de délirium. Il n'y a pas de délirium. Il n'y a pas de délirium.

On n'observe pas de délirium alcoolique d'autant plus que ceux-ci sont apparus dans des délais assez longs après le début de la cure. Mais nous observons IV, et nous avons dit à l'occasion ce que nous pourrions en dire. On n'observe pas de délirium alcoolique d'autant plus que ceux-ci sont apparus dans des délais assez longs après le début de la cure. Mais nous observons IV, et nous avons dit à l'occasion ce que nous pourrions en dire.

non plus un début avec un délire durant un mois comme dans l'observation I.

L'état mélancolique présenté par notre malade de l'observation VI est typique. Son comportement avec mutisme, refus d'aliments est en rapport avec les idées qu'il exprime. Il manque donc au tableau des idées mélancoliques prononcées souvent par les alcooliques cet onirisme si spécial à l'alcool.

- Des états d'excitation -

L'agitation présentée par nos malades ne peut faire discuter que la possibilité d'un délirium tremens.

Chez aucun nous n'avons pu remarquer de sueurs, de température, de tremblement. Nous n'avons jamais pu mettre en évidence d'hallucinations, ni onirisme.

L'état de confusion est plus difficile à déterminer. Il n'a pas répondu ce qu'on peut voir au début des accès maniaques. Le comportement des malades ne s'indique pas comme l'agitation maniaque, aucune chute maladroite, comme il arrive chez les alcooliques. Les idées délirantes rapportées ont été de différents ordres, mais semblables à ce qu'on est accoutumé d'observer chez les premiers maniaques alcooliques.

L'homme de l'observation IX veut se faire guérir, il se batte sa force en boxe. Celui de l'observation XI émet des idées mystiques telles que celui de l'observation XII se croit riche, voit des milliers de mille rentrer chez lui et veut guérir tout le monde.

Sur l'état cérébral de ces malades mentaux nous avons peu de renseignements. Nous n'avons pu pratiquer des électro-encéphalogrammes que par deux fois.

Un après son agitation (observation X) présentait des altérations semblables à celles que l'on est accoutumé de voir dans l'alcoolisme chronique. Il avait aussi une hypertension artérielle.

L'autre (observation XII) après son agitation avait un tracé normal.

Là encore rien de bien particulier se peut être relevé.

I.- Conditions mentales

L'état mental de nos malades se révèle le plus souvent comme perturbé. Même pour ce malade qui a fait une lésion cérébrale (observation II) nous avons remarqué que pendant deux ans il présentait un état de démence athylique.

La prédisposition mentale est évidente chez cet homme de l'observation XIII qui avait fait déjà trois accès maniaques, mais il n'avait pas été malade depuis treize ans. Moins évidente pour les autres. Cependant on peut supposer les difficultés.

a/- Devant un comportement anormal avant la maladie.

Le jeune militaire de l'observation VIII se promène au dans un parc au coin d'une lyresse. Il en est très affecté.

L'homme de l'observation IX présente une activité exagérée pendant tout un été.

Quant à l'homme de l'observation XII il n'a pas " dérangé " depuis quinze jours quand il vient demander une cure.

b/- Devant un curriculum vitae particulier.

La jeune femme de l'observation III, élevée à l'assistance publique, marie pendant un an pour échapper à son triste sort, puis divorcée, est malade, honte par intermittence, cherchant dans la religion un refuge à ses dépressions et manifestement le disant ensuite à l'antabus.

L'homme de l'observation IV, né de parents alcooliques, célibataire à 45 ans, mène une vie vagabonde et boit depuis fort longtemps.

Le jeune cultivateur de l'observation VII est célibataire à 34 ans. L'alcoolisme peut mener à des situations de ce genre, mais il faut penser que cette situation est le reflet de difficultés psychiques pour laquelle le sujet boit, ce qui fait aggraver la situation. D'ailleurs l'habitude de boire n'empêche pas de se marier.

c/- Devant un caractère particulier.

Ces hommes des observations VI et XI sont des doux et des faciles. Ils vivent pour s'exalter et être ainsi à la hauteur de leur idéal. Ce sont des déséquilibrés mal adaptés. Les suites

nous montrent que l'un d'eux, observation VI, qui a fait un accès mélancolique présentera des périodes d'excitation sous l'effet de médicaments excitants forts.

Le garçon de l'observation V se présente comme un caractère secret et très fermé. De plus il est affecté d'une dysmorphie faciale disgracieuse que l'on sait fréquente chez les malades mentaux.

Nous avons donc dans l'ensemble des prédispositions psychiques de genre différent, prédisposition que nous avons relevé surtout après coup. Il a fallu que nous en suivions quelques uns après leur maladie pour confirmer nos appréciations; pour d'autres, nous n'avons pas de preuves formelles, plutôt des renseignements fragmentaires.

Quoiqu'il en soit, comme nous l'avons fait remarquer à propos des conditions organiques de nos malades, tous ne sont pas de gros buveurs, donc des alcoolomaniaques. En effet trois sont des buveurs intermittents. Les accidents mentaux paraissent donc beaucoup plus liés à ces difficultés psychiques, qu'à l'habitude de boire. Celles-ci recouvrant plutôt celles-là.

Si comme nous l'avons dit à propos du conditionnement psychique de la réaction, l'alcool agit pour le sujet comme un libérateur permettant la réalisation de ses désirs légitimes ou illégitimes, c'est en inhibant le terme de conflit désagréable empêqueur.

En supprimant cette possibilité d'inhibition, les réactions par le sevrage qu'elles opèrent font apparaître ce conflit, ceci est bien connu nous l'avons dit à propos des troubles mentaux mineurs qui apparaissent au moment du sevrage dans la cure (1). Mais si les réactions par leur caractère agressif viennent de plus à être conditionnées au terme empêqueur elles exaspèrent le conflit. Aussi il faut se demander si la conduite de la cure n'a pas créé ce conditionnement.

(1).- Signalons ici que 6 fois sur 11 nos malades se sont plaints avant leur maladie de fatigue, sensation évidemment plus ou moins subjective.

En résumé : les troubles neuro-psychiatriques avec lésions cérébrales se voient chez des prédisposés ayant une tare organique. Celle-ci peut être due à leur alcoolisme.

Certaines confusions mentales passagères peuvent sans doute se voir chez des sujets dont l'état cérébral est précaire par suite de leur intoxication alcoolique.

Les troubles psychiques se voient chez des prédisposés mentaux, des sujets en état de conflit pour lesquels l'alcoolomanie ou la prise intermittente d'alcool ne serait qu'un symptôme de cet état. Ces états psychiques sont variés.

Conditions de la cure.

Elles ont été assez variables.

Pour l'un, l'antabus est administré à son insu (observation XIII). En outre les inconvénients de cette façon de faire qui ont déjà été signalés (1) : manque d'examen médical sérieux, malaise au moment du travail, au cours de la conduite d'une voiture ... aux conséquences dangereuses par suite d'une réaction forte, il y a la possibilité de réactions fortes avec leur retentissement psychique agressif. Et soulignons-le ici, il n'est pas nécessaire que le sujet sache qu'il s'agit d'une réaction au contraire, l'inconnu de ce qui lui arrive ne peut qu'aggraver les choses et augmenter l'angoisse.

Notre homme de l'observation XIII a eu des réactions fortes puisqu'il prenait des péroxydes.

Le même risque de réaction forte peut se produire chez des sujets qui n'ont pas l'expérience de la réaction.

Enfin la réaction peut être déterminée dès le début comme agressive. Ce sont les cas des malades soignés au dispensaire, le thérapeute ne fait pas de réactions contrôlées, agissant par la peur des réactions qui peuvent se produire et des dangers qu'elles présentent. C'est pousser le sujet à boire puisqu'il cherche à se libérer de ce qui l'inhibe déjà fortement.

Trois de nos malades ont été soignés ainsi.

En plus de la recherche du dégoût, c'est la peur qui est employée dans la cure de notre jeune militaire (observation VIII). En effet il nous a rapporté que la cure se fait en commun avec d'autres. Le commandant réunit avant chaque épreuve les sujets en cure, leur fait un petit discours sur les inconvénients de l'alcoolisme, sur l'inconvénient de conduire un camion en état d'ivresse et risquer ainsi un accident entraînant peut être la mort pour ceux que l'on a charge de transporter. Ce malade nous a dit combien cela l'impressionnait, ainsi que de voir les autres malades pendant les réactions.

(1).- Desneux et collaborateurs.

La recherche du dégoût est aussi agressive car elle demande des réactions assez fortes et nombreuses. Ainsi de cette jeune femme de l'observation III qui a commencé sa cure avec huit réactions à trois jours d'intervalle.

Nos autres malades ont été amené à la cure par peur de la maladie, par des menaces familiales, la cure leur a été imposée, donc les réactions et ils se sont laissés faire. De plus la négligence des facteurs psychiques est totale, ou ceux-ci sont considérés comme sans importance.

Même chez ce garçon de l'observation V traité en service de maladies mentales, c'était en 1950, donc au début des cures. On peut dire pour lui qu'il était de bonne volonté, cependant la manière forte dont a été mené le sujet à la cure était déjà agressive.

Quelque soit donc l'endroit où ont été traité ces malades, six en ville, cinq en milieu hospitalier, c'est dégoût, peur, contrainte.

Ce n'est pas tout, nous n'avons pas parlé des troubles neuropsychiatriques avec lésions cérébrales, mais là aussi il est évident que la force a été employée puisque pour l'un on ne s'est pas occupé de son artério-sclérose, pour l'autre de sa démence éthylique.

Notons enfin qu'un temps de désintoxication préalable a été négligé six fois sur onze.

La force imposée, la contrainte, peut avoir en contre-partie une confiance excessive dans cette force et négliger d'autres facteurs comme celui de l'entourage des malades, c'est ainsi que cinq de nos malades étaient célibataires.

D'autres fois l'entourage du malade est trop autoritaire et participe à la contrainte.

Nous en concluons que la conduite des cures a été, malgré parfois les apparences, trop agressive, trop contraignante ce qui a aggravé un conflit psychique où déjà la contrainte est excessive dont bien souvent l'alcoolique cherche à se libérer par l'alcool.

c1cc(Cl)c(Cl)c(Cl)c1 + I_2 / Fe $\rightarrow$ c1cc(Cl)c(Cl)c(Cl)c(I)c1

c1cc(Cl)c(Cl)c(Cl)c(I)c1 + c1cc(Cl)c(R)cc1 $\rightarrow$ c1cc(Cl)c(Cl)c(Cl)c(I)c1-c2cc(Cl)c(R)cc2

11.- Les uns accompagnent de leurs collègues.

Les causes en sont un multiple état arborescent du sujet :

soit pour d'autres causes sont l'intoxication alcoolique chronique et dans le cas ou mauvais état arthritique peut être réversible si l'intoxication n'est pas entretenue.

Le système circulatoire réagit de façon intensive.

Pour ces derniers, E.O. et Electro-encéphalogramme peuvent être utiles; mais il suffit pour le praticien d'être circonspect lorsqu'il constate un état confusionnel surtout s'il va jusqu'à la démence (l'interrogatoire de l'entourage apporte souvent des précisions à ce sujet) d'autant plus que le consentement du sujet n'est pas valable.

Cet état pouvant être réversible, l'attente avec ouvrage et temps de déshydratation est nécessaire avant d'en reprendre la cure à laquelle à l'heure le pôle soumet la machine avant pas de pose. Chez les sujets ayant atteint la cinquantaine, cet état n'est atteint pas généralement une mobilisation considérable avec le titre

2.- Les états de psychoses.

Ils sont moins rares, sérieux, mais peu graves, guérissent constamment.

On peut en observer de différentes sortes dont la plus typique est l'accès hypomaniacal.

Ils ne sont pas en rapport avec une fragilité particulière de l'organisme.

Ils ne sont pas en rapport avec l'intoxication alcoolique du sujet, ni même avec son alcoolisme. Ces troubles mentaux sont d'ailleurs différents de ceux dus à l'alcoolisme.

L'antabus n'est pour rien dans leur apparition.

Les réactions par contre sont en cause, car elles sont anti-physiologiques.

Elles sont en cause par leur caractère agressif qui se conditionne à d'autres éléments agressifs contenus dans le psychisme du sujet.

Cet élément agressif est accusé quand les réactions sont fortes, répétées, non contrôlées.

La conduite de la cure accentue ce caractère agressif par une atmosphère de peur, de contrainte, conduite trop autoritaire de la part du thérapeute avec confiance excessive dans cette autorité et non dans le sujet qui se présente à la cure.

Ceci se traduit par un temps de désintoxication pas assez long, pas assez soigneux ou par des médications excessives, grosses doses d'antabus, abus de strychnine qui par son effet excitant camoufle les déficiences de l'alcoolique sans accélérer la désintoxication (ce qui n'empêche que la strychnine est un très bon médicament de l'intoxication alcoolique), manque d'attention au consentement.

Est en cause encore la disposition psychique des sujets montrant qu'ils peuvent pour calmer des souffrances diverses, se mutiler pour échapper à la contrainte :

- ce qui peut être un travail pour lequel ils ne sont pas faits;

- une difficulté affective de tout ordre : impossibilité de prendre un conjoint; conjoint trop autoritaire;

- une déficience physique : suite d'une maladie ou la suspension de la cure de la flexospiriline et (ou) rentre dans l'ordre. Toutefois la reprise de la cure sans se (ou) sans d'esprit s'avère difficile.

3.- Les troubles mineurs névrotiques.

Extrêmement fréquents, ce sont angoisse, obsession, phobie, dépression, asthénie. Ils ne sont pas dus à la cure, mais au sevrage, ce sont des malaises que le sujet camouflait par l'alcool.

Les réactions par leur caractère d'intoxication provoquent une fatigue passagère, mais chez un sujet déjà déficient, elles peuvent aggraver l'état, surtout s'il y a des troubles physiques. C'est le cas en particulier des sujets ayant dépassés la cinquantaine.

Ces troubles ne doivent pas être négligés. On doit toujours avoir cette pensée à l'esprit quand on entreprend une cure, ce qui rend prudent et modéré. Sans quoi la cure devient agressive et peut aggraver le conflit sous-jacent.

Alors : ou bien la cure est abandonnée, c'est le cas le plus fréquent;

ou bien on peut évoluer vers la psychose.

4.- Confusions mentales légères.

Nous n'en avons pas d'observations précises. Nous pensons qu'elles sont dues à des réactions trop fortes, les troubles circulatoires sont à fait passagers provoquant une réaction défensive intempestive sur un cerveau déficient et fatigué.

Cette déficience cérébrale étant certainement due à l'intoxication alcoolique, elles doivent être le fait d'alcooliques très intoxiqués dont le système nerveux est très fatigué.

Passagères, elles guérissent facilement.

- Excepté les troubles neuro-psychiatriques mineurs, on peut prétendre, certes en prenant certaines précautions et en conduisant modérément la cure à l'antabus, éviter toutes les autres maladies psychiatriques que l'on peut voir. On peut éviter aussi, en partie, il faut bien le reconnaître, car le Médicament n'est pas

maître de toute la situation mais n'est qu'un conseiller, les abandons de cure.

Nous exposerons donc quelles conditions et quelles précautions il faut prendre pour qu'une cure ait chance de réussir et pour éviter les accidents névro-psychosomatiques. Il faut aussi ne pas oublier la possibilité malgré leur fréquence peu grande.

INDICATIONS QUI DROUVENT LE NOUVEAU
POUR LA CONDUITE D'UNE CURE DE DESINTOXICATION
PAR L'ANTABUS
-:-:-:-:-

L'intérêt de cette étude est qu'elle nous révèle chez les buveurs d'habitude une fragilité psychique qui, même d'ordinaire, peut se manifester au moment où l'on entreprend de supprimer les habitudes de boisson.

Les buveurs deviennent alors plus vulnérables et le moindre choc physique ou affectif peut leur faire perdre leur équilibre mental. Il ne faut donc pas appliquer la cure d'antabus d'une manière automatique mais étudier chaque cas avec soin.

I.- Examen préalable.

A.- Conditions organiques.-

Age du sujet : plus un sujet est avancé en âge, plus la cure sera délicate et difficile pour deux raisons : l'ancienneté de l'habitude (qui a bu boira !) et l'usure organique due à une intoxication prolongée. Cette usure peut être telle que le sujet n'a plus la capacité de récupérer ses forces. Les grands alcooliques sont des sujets vieux avant l'âge. Chez ces sujets, la cure est risquée et la plupart du temps vouée à l'échec.

Etat circulatoire : l'artério-sclérose est une contre-indication déjà signalée ainsi que l'hypertension artérielle, surtout lorsqu'il y a atteinte des vaisseaux du cerveau, atteinte qui peut rendre la cure dangereuse.

Il sera parfois utile de faire un examen de fond d'oeil pour connaître l'état des vaisseaux rétiniens. Mais on ne peut le réaliser de manière systématique. Pratiquement on soupçonnera un état défectueux des vaisseaux cérébraux quand la clinique montrera une atteinte générale des fonctions cérébrales, comme il se voit chez les grands intoxiqués.

Etat cérébral : le mauvais état cérébral est généralement dû à l'intoxication alcoolique et se traduit soit par des lésions

neurologiques, soit par de la léthargie, soit par des crises
parler.

Tout autre état pathologique, à notre avis, doit faire sur-
seoir à la cure jusqu'à guérison si possible. Sinon, il sera l'ob-
jet d'une étude plus particulière, peut être d'un mode de cure
plus particulier, mais nous abordons alors le cas spécial qui
n'est pas ici l'objet de notre étude.

II. - Dénutrition mentale.

1. - Dues à l'éthylisme du sujet.

C'est l'affaiblissement dementiel. Il n'est pas compatible
avec une cure. Beaucoup trop souvent des alcooliques dont les
facultés mentales sont affaiblies par leur intoxication, sont
présentés à la cure. Parmi eux, les uns ont des idées délirantes,
des hallucinations, d'autres ont des difficultés dans leur tra-
vail ... Et ils sont poussés à la cure par leur entourage, leur
Ménorin qui voit parfois de leur situation de qui veut leur faire
traire aux conséquences de leur état dementiel.

Or, s'ils donnent leur consentement à la cure, c'est à cause
de leur ignorance des dangers de leur état.

La cure dans de telles conditions est dangereuse, en premier
lieu parce qu'il y a des risques du fait des lésions cérébrales;
en second lieu, parce que le malade est incapable de fournir la
collaboration indispensable à la conduite de la cure.

Il faudrait que le malade soit admis plus tard à la cure après
une abstention préalable plus ou moins longue suivant le cas.
Après quoi, on pourrait faire un bilan de leur état et leur proposer
la cure en discutant soigneusement la portée de leur consentement.
Enfin, pour ceux des dispositions dont nous parlerons plus loin.

Pour ce genre d'alcooliques, l'hospitalisation est même né-
cessaire afin de réaliser la cure, la désintoxication, en mi-
lieu surveillé et organisé afin de parer à toute éventualité
d'un délit et pour réaliser l'abstinence complète, la plus écon-
omique le cas de ces alcooliques opérés de l'opération adéquate.

les problèmes sociaux qu'il pose. Ils sont tout à fait justiciables de l'Asile de Buveur prévu par la Loi d'Avril 1954 dont nous attendons la réalisation.

2.- Autres déficiences mentales.

Celles-ci ne sont pas liées à l'éthylisme. Elles précèdent au contraire l'intoxication et en sont responsables.

a/- Les dispositions névrotiques.

On ne peut généralement pas les connaître avant de commencer la cure. Pourtant on se rend compte que de petits alcooliques venant demander une cure, cherchant remède beaucoup plus à autre chose qu'à leur habitude de boisson, sans qu'on puisse faire le diagnostic de cette autre chose.

Nous ne connaissons pas bien toutes les causes de l'alcoolomanie. Il nous apparaît que beaucoup de sujets boivent pour se libérer de troubles névrotiques. Tant qu'ils boivent, on ne voit pas le trouble nerveux. Mais le sevrage " découvre " ce trouble et nous le révèle.

Le plus fréquemment il s'agit de névrose d'angoisse, ou de timidité morbide, ou d'inhibitions de toutes sortes que l'alcool a momentanément guéri et qui reparaissent au moment de l'abstinence forcée.

Ainsi l'avons nous vu dans nos observations. Deux de nos malades étaient des timides qui buvaient pour avoir l'audace nécessaire pour faire leur travail. Il est bien connu que des hommes ayant bu arrivent ainsi à commander une femme par trop dominatrice et faire enfin la loi chez eux ...

Ces névroses ne sont pas des contre-indications à la cure, mais il est nécessaire de les connaître le plus tôt possible et d'en tenir compte.

b/- La dépression asthénique, due soit à des suites de maladie, soit au surmenage au travail ... peut être aussi à l'origine de l'habitude de boire, l'alcool calmant les symptômes de l'asthénie et redonnant momentanément de la vigueur.

Elle n'est pas une contre-indication. Mais il sera parfois

nécessaire de l'améliorer après le sevrage et de sursoir un peu à la cure. Elle doit rendre prudent pour les doses d'antabus et alcool à employer, car l'intoxication passagère au cours de la réaction est fatigante.

Toutes ces conditions exigent donc la prudence et le traitement parallèle de ces dispositions mentales tout au long de la cure.

II.- Le consentement du sujet.

Il faut obtenir un consentement réel afin d'éviter toute contrainte.

1.- Donc il ne faut pas :

a/- Faire de cure à l'insu du sujet;

b/- de cure imposée par la famille, le conjoint, l'employeur, sous menaces de sanctions judiciaires, par autorité de la personne qui indique la cure : le Médecin par exemple dont la science en impose souvent;

c/- de cure sur consentement arraché au sujet par chantage : par exemple promesse qu'il va redevenir rapidement un autre homme, que tout ira bien ...

Ce consentement est faux, car en effet pour le sujet la cure sera pénible. Il devra supporter fréquemment une névrose qui ne s'améliorera que lentement par la suite et à laquelle il a préféré souvent la déchéance alcoolique;

ou profitant de sa faiblesse mentale; débilité, névrose ou affaiblissement dementiel.

2.- Il faut exposer quelle sera la cure, dire au sujet qu'il ne devra plus boire que de l'eau, lui demander s'il prétend pouvoir s'arrêter seul ou s'il accepte une aide.

Il nous paraît bon d'exiger, étant donné la faiblesse du caractère de l'alcoolique et surtout pour assurer de sa collaboration, un geste de bonne volonté : quinze jours d'abstinence, le sujet restant dans ses conditions de vie habituelle durant la réalité du consentement et préparant à la cure.

III.- Mise en oeuvre de la cure.

La surveillance de la cure au début doit être très attentive afin d'éviter l'absorption de boissons alcoolisées, ceci pour aider le sujet à tenir sa résolution et pour éviter les réactions incontrôlées intempestives. Le milieu hospitalier facilite cette surveillance, mais aussi il soustrait momentanément le sujet à ses difficultés, ce qui est préférable à cause du désagrément des réactions qui viennent se surajouter aux difficultés du sevrage.

Enfin, en milieu hospitalier, il est plus facile de créer une ambiance psychologique dont nous savons l'importance : éviter toute contrainte.

Il faut provoquer des réactions jusqu'à ce qu'elles soient bonnes : une, deux ou trois au plus.

Pas de réactions répétées afin de rechercher le dégoût, nos observations nous en ont montré l'inconvénient.

Pas de réactions trop faibles ne protégeant pas le sujet contre son habitude, ce qui peut amener un jour un abus et une réaction forte.

Pas de réactions trop fortes, cause encore plus fréquentes les maladies que nous avons observées.

Il nous semble que la dose de 0,50 g d'antabus par jour pour débiter est sans inconvénient. Suivant les cas, il sera nécessaire d'abaissier cette dose ou de l'augmenter. Mais il ne faut pas augmenter trop rapidement; nous avons constaté souvent qu'après une première réaction insuffisante, on pouvait obtenir une réaction forte quelques jours après avec les mêmes doses d'antabus et d'alcool.

Psychologiquement, le sujet est dûment prévenu de tout ce qui va arriver. Il faut que la réaction soit considérée comme un remède et non comme une punition.

At cours de la réaction, le sujet doit être encouragé, calmé suivant le besoin. Il nous paraît bon de lui demander son avis : s'il pense que cela suffira pour le retenir de boire.

part le début de la cure nous avons exigé de lui sa collaboration, maintenant il faut collaborer avec lui.

La période de cure doit durer huit jours à quinze jours au bout desquels le sujet reprendra ses occupations ou aura quelques jours de convalescence suivant son état.

Il doit être prévenu de suite qu'il ne sentira fatigué ou épuisé pour être de l'impuissance sexuelle transitoire.

1.- Les suites de la cure.

Les suites de la cure, elles doivent comporter deux exigences : soutenir le sujet dans son effort et lever les difficultés qui l'ont tenu dans son habitude de boisson.

1.- Soutenir le sujet dans son effort signifie un encadrement, un courage donnant le bon exemple.

En milieu familial d'abord, le conjoint surtout doit collaborer à la guérison, par exemple en devenant aussi abstinent, en évitant les occasions tentatrices, en veillant à la prise des médicaments. Il doit être compréhensif de l'effort demandé. La cure ne peut être entreprise sans cela ou si le sujet est exposé à boire (tenancier de débit de boissons par exemple, garçon).

Il sera bon de s'assurer aussi que le sujet est entouré d'amis et de camarades sérieux, non buveurs. Il sera bon dans ce sens d'encadrer le sujet vers une association d'abstinents.

2.- Amélioration des difficultés.

2.- Difficultés sociales : C'est là le rôle d'un service social. Le rôle sera double, relancer les sujets en cure qui se sont arrêtés, reprendre ceux qui rechutent, et améliorer en collaboration avec les autres services sociaux dont ressortit le sujet les conditions de travail, les conditions de vie, les difficultés financières... qui écrasent plus ou moins le sujet.

3.- Difficultés médicales : Ce seront surtout les difficultés médicales qui ont amené le sujet à boire : traitement des troubles organiques en même temps que le sujet est vu pour la cure régulière.

C'est dire qu'il faut associer à la surveillance de la cure,

Traitement plus particulier de la dépression esthétique avec diminution de puissance ou impuissance sexuelle qui suit la cure.

Nous rappelons ici ce que nous avons dit à propos de la durée de ce trouble (voir page 21). Il faut éviter l'apparition de l'esthénie au cours de la cure, car elle peut être la cause de rechute.

" ... L'esthénie apparaît alors. Le réflexe conditionné au dégoût est éteint, d'où rechute et rechute grave, car les troubles éthyliques s'intensifient brusquement " (1).

Traité, suivant la conception de l'esthénie des Docteurs CORMAN et LONGUE (2) qui la considèrent comme un tableau clinique traduisant la défense de l'organisme, elle disparaît généralement en deux à quatre mois. L'impuissance sexuelle disparaît plus rapidement en un à deux mois. Parfois, d'est rare, elle est irréductible. Il faut alors établir une hygiène de vie convenable à celui qui en souffre, afin au moins d'éviter l'aggravation.

Ces précautions dans les suites de la cure doivent éviter non seulement les troubles mineurs au cours de la cure, mais aussi les abandons et les rechutes graves.

Ce sont ces difficultés surtout qui exigent que les sujets en cure soient suivis longuement.

En résumé : du fait de leur relative rareté, les troubles mineurs que l'on peut voir au cours de la cure d'antabus, ne contre-indiquent nullement l'emploi de ce médicament dans le traitement de l'alcoolomanie. Leur existence conduit seulement à prendre les précautions que nous avons indiquées.

La fréquence des troubles mineurs pose le problème de l'origine possible de l'alcoolomanie dans un déséquilibre nerveux que l'absorption d'alcool cherche à compenser. En conséquence, il faut adjoindre à la cure à l'antabus un traitement de l'état névropathique pour s'assurer de sa réussite.

(1).- O. Seignolle - G. Boisselle-Lentillac - Travaux anti-alcooliques
Oct - Déc. 1952 p. 261-263.

(2).- Quest-Médical - 10 Mai 1950.



CONCLUSION

-:-:-:-

I.- Nous avons observé au cours de la cure à l'antabus :

A.- Des troubles neuro-psychiatriques majeurs.

1.- Troubles graves avec lésions cérébrales

durées - Etats confus - léthargiques - parfois agités
plus ou moins lentement régressifs.

2.- Troubles surtout à forme de dépression.

plus fréquents

3.- Etats dépressifs variés :

confus, anxiété, état hypochondriaque, agité

catatonie, état schizophrénique, état mélancolique.

b/- Etats d'excitation, plus semblables entre eux :

accès hypomaniaques, les plus fréquents, les plus ca-
ractéristiques, de durée courte :
en moyenne dix à quinze jours.

accès maniaques.

Tous guérissent facilement.

3.- Des troubles neuro-psychiatriques mineurs à forme de dépression

extrêmement fréquents :

angoisse, obsession, phobie ... surtout asthénie
pouvant guérir par traitement approprié.

II.- Les causes de ces troubles sont :

A.- Pour les troubles avec lésions cérébrales

des éléments de la cure : une réaction antabus-alcool très
forte.

des conditions du sujet : un mauvais état circulatoire

définitif : artério-sclérose, hy-
pertension.

transitoire : due à l'intoxica-
tion éthylique.

II.- Pour les troubles psychiques

- des éléments de la cure : le retentissement psychique de réactions antabus-alcool trop fortes
- de réactions antabus-alcool répétées
- l'antabus seul n'est pour rien dans ces troubles.
- des conditions du sujet : une prédisposition mentale, qui dans certains cas s'est révélée comme provocatrice de l'alcoolomanie.
- des conditions de la cure : qui ont aggravé le conflit profond dû à la prédisposition mentale, par la contrainte, la peur, à l'insu du sujet ...

III.- Pour les troubles mentaux mineurs

- des conditions du sujet : des dispositions mentales névrotiques (névrose d'angoisse ... et asthénie notamment) .
- des conditions de la cure : le sevrage d'alcool peut faire apparaître la névrose et la cure aggraver celle-ci.

III.- Les troubles neuro-psychiatriques majeurs peuvent être évités suivant certaines précautions.

Les troubles neuro-psychiatriques mineurs sont évitables. Il faut éviter leur aggravation, les soigner pour assurer la réussite de la cure.

IV.- Pour cela :

- faire un examen préalable
 - portant sur les conditions organiques
 - sur les conditions mentales : soigner auparavant l'affaiblissement démentiel éthylique.

- mettre en oeuvre la cure :

tion du sujet.

dans une atmosphère psychologique de surveillance attentive, de collaboration avec le sujet.

Avec des réactions peu nombreuses, bien mesurées.

- suivre le sujet en cure :

en le soutenant dans son effort.

En exécutant ses difficultés

sociales

médicales : traitement de la névrose, surtout de l'asthme.

Travaux cités

- PERRIN P. et DE MONTAIGNON G.
La place de la dose de tétrasthylthiuram dans le traitement de l'alcoolisme. - Revue de l'alcoolisme N°1 (2) - 1950
- JOHNSON
Intoxication during tétrasthylthiuram disulfide (antabus) therapy. - Quarterly Journal of Studies in Alcohol - Vol. 11
Déc. 1952 - N°4. p. 650
- CORMAN L. , LONGUET Y. , PERRIN P.
Nouvelles pratiques pour le traitement de l'alcoolisme par l'antabus. - Ouest-Médical - 10 Août 1951
- FAURE J. (Bordeaux)
Informations Médicales - Bulletin des Services Médicaux de la S/N.C.F. - Sept. Oct. 1953 - p. 536
- DESREUL J.J. , ENDEULE J. , RABET Ch. et BAUDOUX R.
Le tétrasthylthiuram disulfide (antabus) dans l'alcoolisme chronique. - Mem. des Rôp. Paris - p. 3313 - 18 nov. 1952
- FELGION et DEBROUSSE
Examen systématique du fond d'oeil dans 100 cas d'alcoolisme chronique. - Clinique ophtalmologique N°4 1952 - art. 2
- DUBOUCHER et M. POROT
Etude des modifications du système cardiaque, de la pression artérielle et l'électrocardiogramme au cours de la réaction alcool-antabus. - Algérie Médicale N°10. Déc. 1951
- NEEL J.L. (Tours)
Modifications cardiovasculaires au cours de la réaction alcool-antabus. - Ouest-Médical 25 Janvier 1950
- DEBROUSSE J.Y. (Nevers)
Le fond d'oeil des alcooliques chroniques. - Revue de l'alcoolisme - Avril, Juin 1953



- EPSTEIN N.B. GUILD J. et DAVIDOFF E.
Further Clinical Expérience with tétraéthylthiuram disulfide
in the treatment of Alcoholism. - Quart. J. of St. on Alcc-
hol 12 - 366 - 380 - 1951
- BUSSE E.W.-BARNES R.H. et EBAUGH F.G.
The effect of antabus on the electro-encephalogram. - Amer.
J. méd. Sci. 223 : 126-130 - 1952
- LETAILLEUR M. et DURBAN P.
Confusion mentale au cours du traitement de l'alcoolisme
chronique par le disulfirame. - Ann. Méd. Psych. T. I-P, 7 L.
1952
- POTTIER C. , de BURES I. et Du COUEDIC
Anxiété et confusion mentale épisodique au cours d'une cure
par le T.E.T.D. - Ann. Méd. Psych. T. 2 p. 512 - 1950
- BOITELLE G. et Cl. et HOUCARD M.J.
Quelques remarques sur les intolérances au T.E.T.D. Ann. Méd.
Psych. T. I p. 634 - 1952
- FELLION
Traitements de l'alcoolisme. - Thèse Paris 1951
- BOITELLE G. et Cl. et LENTULLO
Sur quelques causes de rechutes dans l'alcoolisme. - Etudes
anti-alcooliques - Oct.-Déc. 1952 - p. 261, 263
- CORMAN L. et LONGUET Y.
L'asthénie. - Ouest-Médical - 10 Mai 1950

Autres Travaux

- BOITELLE G., BOITELLE-LENTULLO Cl., FOURNET J. et ANTOINE A.
Tentative de suicide par le tétraéthylthiuram, - Ann. Méd.
Psych. 1953 - T. II N°5

- BOITELLE G. et BOITELLE-LENTULLO De LORPPE
Confusion mentale apparue dans les 48 heures après prise de
T.T.D. - Ann. Méd. Psych., 1953 - T. 81 N°3. p. 393
- BOITELLE, BOITELLE-LENTULLO De LORPPE
Communication - 31^{ème} Congrès des Sciences Psychiatriques et
neurologiques de France et Pays de Langue Française
Pau (19 - 25 Juillet 1953)
- BOM F.
Prophétie encaissée tardive avec complications neuro-psychiatri-
ques au cours du traitement par le T.T.T.D. - Nord-Méd. 41 :
p. 83 - 86, 1952
- BOWMAN K.M. ; SIMON, HINE Ch., BACKLIN, BROOK Ch. HURSHIDGE et
HANSON K.
A clinical evaluation of tétraméthylurée (antabuse) in the
treatment of problems of drinkers. - Am. J. Psych. 107 : 435 - 4
1951
- DATE et EBAUCH
Effets psychiques du traitement par le T.T.T.D. - E. Am. Méd.
Ass. - 26 mai 1951
- DESRUELLES et FELLION
A propos des traitements actuels de l'alcoolisme. - Ann. Méd.
Psych. T. I n°5. - Mai 1951
- FISKE D.
Psychotic reaction to tétraméthylurée (antabuse)
therapy - Quart. Journ. of Studies on Alcohol vol. 14 - Mars
1953 N°1. p. 111
- FURTADO D. ; CHICHONHO U. et De CARVALHO O.
In Presse Médicale - Juillet 1950

- GRAGE H.

Über die provokation von psychosen bei der médikamentösen
Behandlung des chron. Alkoholismus (antabus psychosen)
Quar. Journ. of Studies on Alcohol - Vol. 14 - Mars 1953 -
N°1 - p. 11

- GOTTESFELD, LASSER, CONWAY et MANN

Psychiatric implications of the treatment of Alcoholism with
tétréthylthiuram disulfide - Quart. Journ. of Studies on
Alcohol 12 - p. 184 - 205 , Juin 1951

- GUILD et EPSTEIN

Psychosis During the treatment of Alcoholism with T.E.T.D.
Quart. Journ. of Studies on Alcohol 12 : 360 - 365 - Sep.1951

- LAUX W.

Psychosen bei Behandlung mit Antabus. - Nervenarzt 22 -
p. 391 - 393 - 1951

- MACKLIN E.A., SIMON A. et CROOK G.H.

Psychotic réactions in problém drinkers treated with disulfiram (antabuse)

- A.M.A. vol. 69 - avril 1952 n°4. p. 415 - 426

- Quart. Journ. of St. on Alc. 1953 vol.4 n°4. p. 649

- Excerpta Médica 1954 VII - 2 p. 163 (708)

- MARTENSEN-LARSEN

Psychotic Phénoména Provoked by tétraéthylthiuram disulfide
Quart. Journ. of Stud. on Alcohol 206-16 - Juin 1951

- NOVOTNY S.

Complications psychotiques au cours du traitement par le
T.E.T.D. - Lek. Listy, Brno 7 p. 134 - 135 - 1952

- REYSS - BRION, JOSSEBRAND A. et MARTIN J.

Le syndrome de surdosage au cours des cures d'antabus. -
Lyon-Médical - Oct. 1954 N°40. p. 285-289

